



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
“FEDERICO II”**

**Dottorato di ricerca in Sanità Pubblica e Medicina Preventiva
XXX ciclo**

Settore scientifico disciplinare SECS-P/10

***L’emergere di nuovi business model in sanità:
il modello low cost come
driver di innovazione sociale***

COORDINATORE
Ch.ma Prof.ssa Stefania Montagnani

CANDIDATA
Adriana Scuotto

TUTOR
Ch.mo Prof. Paolo Canonico

Anno Accademico 2017/2018

INDICE

INTRODUZIONE	5
--------------	---

CAPITOLO I

Modelli di business in ambito sanitario: l'esigenza di superare i modelli di gestione tradizionali pubblico e privato

Premessa	12
1.1 Il concetto di <i>business model</i> in letteratura	15
1.2 La prospettiva dell'approccio <i>value-based</i> in sanità	19
1.3 Lo sviluppo di una offerta sanitaria inclusiva: la teoria <i>bottom of the pyramid</i>	26
1.4 Il concetto di <i>disruptive innovation</i> e l'impatto sulle organizzazioni sanitarie	28
1.5 Modelli di business innovativi in ambito sanitario	33

CAPITOLO II

***Social business model* e nuove forme di *social business* per l'erogazione di servizi sanitari: il ruolo delle imprese sociali**

Premessa	41
2.1 Il <i>social business model</i> in letteratura	45
2.2 <i>Social entrepreneurship</i> : un concetto in via di definizione	47
2.3 Caratteristiche e definizioni dell'impresa sociale	52
2.4 <i>Inclusive business model</i> : un nuovo modello di business per l'impresa sociale	60
2.5 Le nuove forme di <i>social business</i> che erogano servizi sanitari: le imprese sociali tra non profit e for profit	63

CAPITOLO III

Il modello low cost come innovazione delle organizzazioni che erogano servizi sanitari: l'esperienza italiana

Premessa	77	
3.1	Aspetti definitori del modello di business low cost	81
3.2	Il modello low cost applicato ai servizi di assistenza sanitaria	88
3.3	Analisi del contesto sanitario italiano tra pubblico e privato	91
3.4	L'esperienza del modello low cost nella sanità italiana	101

CAPITOLO IV

Analisi empirica. Parte I: le esperienze analizzate e il *social business model* applicato al modello low cost

Premessa		106
4.1	Metodologia dell'indagine empirica	111
4.1.1	Epistemologia della ricerca	115
4.1.2	Disegno di ricerca	120
4.2	Parte I. I principali risultati dell'analisi dei casi	127
4.2.1	I profili generali	130
4.2.2	Gli standard di qualità	131
4.2.3	L'organizzazione delle strutture e del personale	133
4.2.4	Il modello di business	135
4.3	Parte I. I criteri di impronta sociale: il <i>social business model</i> applicato al modello low cost	139

CAPITOLO V

Analisi empirica. Parte II: il caso pilota “Centro Medico Santagostino” e il modello low cost come driver di innovazione sociale

Premessa		149
5.1	Parte II. Analisi del caso: il modello di business <i>low cost-high value</i> di Centro Medico Santagostino	152

5.2	Parte II. Analisi narrativa: il <i>social business model</i> del “Modello Santagostino”	159
5.3	Discussione dei risultati	167
5.3.1	Principali risultati e considerazioni rispetto al <i>business model</i>	169
5.3.2	Principali risultati e considerazioni rispetto al <i>social business model</i>	172
5.3.3	Principali risultati e considerazioni rispetto al modello low cost	175
5.4	Prospettive future di ricerca: il cambio di paradigma nella direzione della <i>social innovation</i>	180
	CONCLUSIONI	187
	BIBLIOGRAFIA	190
	APPENDICE A	210
	Protocollo per l’intervista ai CEO delle organizzazioni low cost	

INTRODUZIONE

“La relazione di cura è la dimensione in cui mi avvicino all’altro: prendersi cura. Senza rapporto non esiste cura, è solo prestazione”

Accademia della Cura
CGM, dicembre 2010

1. L’oggetto e le ragioni dell’indagine

Il dibattito accademico di questi ultimi anni ha evidenziato una crescente inadeguatezza dei modelli di assistenza sanitaria tradizionali nel rispondere alla domanda di salute di una fascia di popolazione crescente in contesti sociali sempre più complessi (e.g. Bhattacharyya, Khor, McGahan, Dunne, Daar, e Singer 2010; George, Rao-Nicholson, Corbishley, e Bansal, 2015; Kim, Farmer, e Porter, 2013; Simanis, Hart, e Duke, 2008).

Molti sono i contributi che hanno avuto a oggetto il *topic* del modello di business da adottare e innovare per poter fornire un accesso migliore e più tempestivo alle cure mediche e poter allo stesso tempo massimizzare il valore per i pazienti e ottenere i migliori risultati al minor costo.

La maggior parte della letteratura sul processo di innovazione dei modelli di business in sanità si è concentrata sulle esperienze delle economie in via di sviluppo concepite in risposta ai bisogni dei mercati cosiddetti *bottom of pyramid* (Marmot, Friel, Bell, Houweling e Taylor, 2008; Prahalad, 2011; Angeli e Jaiswal, 2016). Seguendo Prahalad *“many global firms are increasingly using the BOP markets as a laboratory for innovation not only for the BOP markets but also for the established country markets”* (2011, p.11), il presente lavoro di ricerca si pone l’obiettivo di indagare come i paesi sviluppati, e l’Italia in particolare, stanno introducendo modelli di business innovativi per rispondere alla domanda di salute.

A partire dalla definizione di Osterwalder e Pigneur (2010) che descrivono il business model come la modalità con cui *“an organization creates, delivers and captures value”*, l’analisi si concentra su una particolare innovazione nei processi di business che è l’utilizzo del modello low cost. Le organizzazioni che adottano questo approccio sono in grado di offrire una scelta soddisfacente di servizi di qualità a

prezzi notevolmente inferiori (Hibbard, Greene, Sofaer, Firminger e Hirsh, 2012). I punti di forza principali sono la specializzazione, l'attenzione ai prezzi e la necessità di combinare qualità, miglioramento continuo dei servizi sanitari e velocità di accesso. Questi sono tutti aspetti che i sistemi sanitari nazionali non sono sempre in grado di soddisfare; mentre la qualità e la facilità di accesso rappresentano i punti chiave dell'assistenza sanitaria privata ma a prezzi sempre troppo elevati.

Pochi sono i contributi che in letteratura si occupano di indagare come il modello low cost sia applicato in ambito sanitario (Del Vecchio e Rappini, 2011; Querci e Gazzola 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2017) e ancora più inedito, uno studio che si occupi di analizzarne la componente sociale, in termini di valore e benefici che esso produce per la comunità.

Tale è il proposito di questa ricerca che prende le mosse dal recente lavoro di Michellini (2012), la quale offre una interessante sintesi teorica sui nuovi modelli di business in grado di rispondere alle sfide globali della società mentre simultaneamente generano profitto. Questi obiettivi sono attualmente propri di imprese che, prevalentemente nella forma delle *social enterprise*, sono economicamente sostenibili e orientano i loro modelli di business alle finalità sociali generando profitti.

Secondo questa prospettiva teorica, è possibile dunque analizzare il modello di business low cost superando il framework di analisi tradizionale, che ha dei limiti nell'analizzare la componente sociale, e utilizzando le dimensioni del *social business model* che è proprio di quelle organizzazioni il cui obiettivo finale è la creazione e condivisione di valore. In quest'ottica la creazione di valore è il terreno comune in cui si possono innescare processi di innovazione sociale.

2. Le domande di ricerca

Il presente lavoro si divide in due parti, ognuna delle quali, pur se strettamente connesse, risponde a determinati obiettivi specifici.

La prima parte, corrispondente ai Capitoli I, II e III, ha a oggetto la ricognizione dei principali filoni teorici cui lo studio fa riferimento. Vi si analizzano il framework teorico del *business model* e del *social business model* al fine ultimo di ricondurli allo studio di modelli di gestione alternativi nell'erogazione di servizi sanitari e al

modello low cost nelle organizzazioni sanitarie, nella fattispecie dei casi oggetti di studio.

La seconda parte, corrispondente ai Capitoli IV e V, descrive l'analisi empirica condotta nel lavoro di ricerca e può essere suddivisa in due ulteriori sezioni (Parte I e Parte II), che rispondono alle due principali domande di ricerca che hanno orientato lo studio:

RQ1: come analizzare la componente sociale del modello low cost applicato all'erogazione di assistenza sanitaria

RQ2: come il modello low cost è in grado di innescare processi di innovazione sociale nel sistema sanitario italiano

Nella prima sezione, al Capitolo IV, si individua e presenta il metodo di indagine prescelto, descrivendo dettagliatamente ciascuna fase della ricerca, e si analizzano le principali esperienze di low cost nel contesto sanitario italiano, effettuando una scrematura dei casi sulla base della componente sociale, individuata utilizzando quattro criteri desunti dal *social business model framework*.

Nella seconda sezione, al Capitolo V, si analizza in modo approfondito il singolo caso del Centro Medico Santagostino. In questa ultima parte, si tenta un dialogo dei risultati dell'indagine con i filoni di letteratura precedentemente presentati e si tenta di chiarire in che termini essi possono essere utilizzati come spunti utili alla discussione teorica, nonostante la mancata pretesa di generalizzabilità propria del metodo *case study*.

Lo schema concettuale della prima parte della ricerca ha avuto ad oggetto la presentazione del framework teorico e si regge sui seguenti assunti:

- a) nel settore sanitario si assiste al fenomeno dell'emersione di nuovi modelli di business legati alla capacità dell'organizzazione di creare, condividere e trattenere valore;

- b) i nuovi modelli di business sono in grado di coniugare l'efficienza con la finalità sociale; tra i più rilevanti per il contesto sanitario vi sono *social business model* e *inclusive business model*;
- c) le *social enterprise* sono nuovi attori organizzativi che adottano questi modelli di business e in ambito sanitario erogano assistenza superando la dicotomia tutto pubblico-tutto privato;
- d) tali forme organizzative, emerse in particolare nei mercati *BoP*, hanno la peculiarità di adottare un'innovazione nel modello di business orientata alla scelta dell'approccio low cost, in modo da ridurre i costi unitari ed erogare servizi ad ampie fasce di popolazione, consentendo lo sviluppo di un'offerta sanitaria inclusiva;
- e) i modelli di business delle imprese sociali in sanità, che sono in grado di coniugare la qualità dei servizi con un contenimento dei prezzi e sono concepiti e studiati nei mercati *BoP*, sono validi anche nel contesto dei paesi sviluppati. Tali paesi, infatti, come conseguenza della crisi globale, fronteggiano il problema di una crescente domanda di salute in contesti sociali sempre più complessi;
- f) in risposta a questa istanza della collettività, si collocano alcune prime esperienze di organizzazioni che si richiamano alla filosofia low cost applicata al contesto sanitario, utilizzando il modello *low cost-high value*.

Una volta chiariti i contorni teorici del lavoro, l'indagine empirica contenuta nella seconda parte dello studio, si propone di analizzare la componente sociale del modello low cost attraverso le principali dimensioni desunte dal *social business model framework* e la capacità del modello, così inteso, di generare processi di innovazione sociale.

A tal fine si utilizzano gli strumenti propri del metodo qualitativo. Dopo una prima mappatura e analisi con il metodo *case study*, per i casi scremati in base alla componente sociale sono state utilizzate le interviste semi-strutturate a interlocutori privilegiati e, nel caso specifico del Centro Medico Santagostino, l'approfondimento del singolo *case study* con la triangolazione dei dati supportata da documentazione istituzionale e l'analisi narrativa dell'intervista. Le evidenze empiriche emergenti dal

caso pilota sono state trattate in relazione alle domande di ricerca, nel tentativo di fare maggiore chiarezza sugli aspetti teorici più problematici.

3. Il piano dell'indagine

Al fine di perseguire gli obiettivi proposti, il lavoro si articola in cinque Capitoli.

Nel Capitolo I l'indagine prende le mosse dal framework teorico sul *business model* (Zott e Amit, 2010; Osterwalder e Pigneur, 2010) e sulla sua applicazione in ambito sanitario per identificare la ricerca di modelli alternativi nell'erogazione di assistenza sanitaria a fronte di una domanda di salute non soddisfatta (Kim et al., 2013; George et al., 2015). Il Capitolo prosegue presentando due costrutti fondamentali con cui le organizzazioni sanitarie devono necessariamente confrontarsi: l'evoluzione dell'approccio *value-based* in sanità (Porter, 2007, 2010; Porter e Teisberg, 2006; Porter e Lee, 2013) e l'impatto della *disruptive innovation* (Christensen et al., 2006, 2008). Inoltre, si riporta con brevi cenni il pensiero di Prahalad (2002, 2011) sui mercati *BoP* per i quali esistono già diversi studi in letteratura che affrontano il tema dell'innovazione del *business model* per l'erogazione di assistenza sanitaria inclusiva (Bhattacharyya et al., 2010; Srivastava e Shainesh, 2015; Angeli e Jaiswal, 2016; Agarwal et al., 2017).

Il Capitolo II presenta un'analisi dei nuovi modelli di business in sanità, legati alla capacità, da parte delle organizzazioni, di creare valore e di coniugare l'efficienza e la sostenibilità economica con le finalità sociali. In particolare si fa riferimento al framework teorico del *social business model* la cui principale caratteristica è l'inclusione nella formula del profitto non solo dei ritorni economici ma anche degli *outcome* sociali (Yunus et al., 2010; Osterwalder e Pigneur, 2010; Michelini, 2012). Questo modello di business è adottato da nuovi attori organizzativi come le *social enterprise* che, nel settore sanitario, iniziano ad affermarsi come modelli alternativi in grado di erogare assistenza superando la dicotomia tutto pubblico-tutto privato (Addicott, 2011; Bertotti et al., 2012; Hall et al., 2012; Roy et al., 2013, 2014a, 2014b, 2015, 2017a, 2017b; Vickers et al., 2016; Wright et al., 2017).

Nel Capitolo III si presenta la principale innovazione nei processi di business adottata da queste organizzazioni orientata alla scelta dell'approccio low cost, in modo da ridurre i costi unitari ed erogare servizi ad ampie fasce di popolazione. Il

Capitolo prende le mosse dai principali studi che hanno analizzato il low cost applicato al settore del trasporto aereo con la finalità di individuare una serie di caratteristiche proprie del modello. Esistono pochissimi contributi in grado di descrivere compiutamente questo modello soprattutto se applicato in altri settori. Emerge che uno degli elementi di successo è sicuramente il connubio tra modello operativo e proposizione di valore, soprattutto in settori, come quello sanitario, in cui la sicurezza e la qualità del servizio sono dimensioni rilevanti. Tale modello, così come applicato nelle economie meno sviluppate, trova possibilità di applicazione anche in un Paese come l'Italia, in cui, dall'analisi dell'evoluzione sociodemografica ed epidemiologica del contesto, si rileva la necessità di trovare modelli di erogazione dei servizi sanitari alternativi in risposta ai crescenti fabbisogni sanitari degli italiani. Si registra, infatti, il fenomeno di ingresso di nuovi attori, le organizzazioni *low cost-high value*, in quelle aree del sistema competitivo lasciate libere dal welfare state che soddisfano le nuove esigenze del consumatore/paziente che provvede alle cure attraverso pagamenti *out of pocket* (Kachaner et al., 2010).

Nel Capitolo IV inizia la presentazione dell'indagine empirica condotta sulle esperienze italiane di low cost in sanità e sul *focus* specifico dello studio, ovvero l'analisi della componente sociale del modello.

In primo luogo, si illustrano in maniera dettagliata le fasi della ricerca descrivendo il metodo di indagine prescelto e gli strumenti utilizzati. La prima parte del Capitolo presenta l'assetto metodologico del lavoro, il design della ricerca e il processo di raccolta dei dati attraverso fonti indotte, interviste semi-strutturate e documenti istituzionali. Dopo questa necessaria introduzione, si analizzano le esperienze mappate descrivendone i profili generali, gli standard di qualità, l'organizzazione delle strutture e il modello di business. Successivamente sulla base dei criteri desunti dal *social business model framework* si analizzano alcune dimensioni proprie del modello che consentono di metterne in evidenza la componente sociale.

Nel Capitolo V, l'analisi si concentra esclusivamente sul caso del Centro Medico Santagostino (CMS). Esso per dimensioni e per rilevanza, viene assunto come caso pilota dello studio. CMS viene utilizzato come caso singolo perché rappresenta un caso unico (Yin, 1994); esso si presta come *revelatory case* dell'indagine (Miles e Hubermann, 2008), in quanto, attraverso gli elementi propri del singolo caso, si

riesce ad avere accesso alla comprensione di un fenomeno che fino ad ora era inaccessibile. Il singolo caso viene presentato in modo più approfondito utilizzando diverse fonti di dati, tra cui i documenti istituzionali, ed effettuando una triangolazione degli stessi. Per superare un approccio di tipo descrittivo, l'analisi della componente sociale viene supportata da un'analisi narrativa dell'intervista, per esplorare il punto di vista dell'interlocutore privilegiato rispetto al fenomeno di indagine.

Infine, nella parte finale del Capitolo si tenta di sintetizzare le *research questions* attraverso considerazioni che mettono in dialogo quanto emerso dall'indagine empirica, in particolare i risultati emersi dal caso CMS, con i filoni teorici precedentemente esposti.

CAPITOLO I

MODELLI DI BUSINESS IN AMBITO SANITARIO: L'ESIGENZA DI SUPERARE I MODELLI DI GESTIONE TRADIZIONALI PUBBLICO E PRIVATO

Premessa

Di fronte a un periodo di grandi trasformazioni come quello attuale fortemente condizionato dalla rapida evoluzione dei contesti sociali, le organizzazioni che operano in ambito sanitario si trovano ad affrontare il crescente problema di una domanda di salute sempre maggiore in contesti sociali sempre più complessi (Mintzberg, 2017; Kim et al., 2013; Porter e Teisberg, 2006). Una delle cause più ricorrenti che minano l'accesso tempestivo ed efficace all'assistenza sanitaria è il costo dei trattamenti medici, che può causare un improvviso impoverimento di fasce della popolazione spingendole al di sotto della soglia di povertà (Balarajan, Selvaraj, e Subramanian, 2011).

Il dibattito accademico di questi ultimi anni (e.g. Bhattacharyya, et al., 2010; George, et al., 2015; Kim et al., 2013; Simanis, et al., 2008) ha evidenziato una crescente inadeguatezza dei modelli di assistenza sanitaria tradizionale nel fornire livelli di servizi efficaci in risposta alla domanda di salute di una fascia crescente di popolazione. Questo è vero in paesi meno sviluppati in cui le cure mediche sono spesso fuori dalla portata dei pazienti medi, ma sta diventando sempre più vero anche nei paesi sviluppati delle economie occidentali.

Denominatore comune è la necessità di adottare modelli di business alternativi e innovativi per il settore sanitario che siano capaci allo stesso tempo di massimizzare il valore per i pazienti e ottenere i migliori risultati al minor costo (Porter e Lee, 2013).

Tale processo è andato sviluppandosi in anni recenti e attualmente, la scelta di investire in modelli di business inclusivi sembra essere ormai inevitabile proprio per permettere alle organizzazioni sanitarie di rispondere a un bisogno sociale insoddisfatto, che ha messo in evidenza l'inefficienza di entrambi i modelli tradizionali interamente “*state-controlled*” e “*market-controlled*” (Mintzberg, 2012).

L'analisi del *business model* contribuisce, quindi, utilmente alla comprensione di come i servizi sanitari possono cambiare. Una review della letteratura recente sul *business model*, restituisce diverse interpretazioni dello scopo e delle principali componenti di un modello di business, sicuramente a causa dell'applicazione multidisciplinare del termine. L'assenza di una definizione chiara o unificante è indicativa di un campo ancora in uno stato pre-paradigmatico (Nicholls, 2010). Al fine di far progredire il pensiero e la ricerca sui modelli di business, la rivista *Long Range Planning* ha recentemente pubblicato uno special issue¹ sui modelli di business, citandoli come “*una componente chiave del successo organizzativo*” (Baden-Fuller et al., 2010, p. 143). Pertanto, anche se non c'è consenso sulla definizione, un numero significativo di studiosi definisce i modelli di business in relazione alla capacità di un'organizzazione di creare, condividere e trattenere valore (Casadesus-Masanell e Ricart, 2010; Doz e Kosonen, 2010; Teece, 2010; Zott e Amit, 2010; Yunus et al., 2010; Osterwalder e Pigneur, 2010).

Su questo tema, alcune riviste consolidate della letteratura organizzativa hanno presentato diversi studi su modelli di business innovativi in grado di creare valore in sanità (Porter, 2010). In particolare, negli studi recenti Marmot, Friel, Bell, Houwling e Taylor (2008); Prahalad (2011); Angeli e Jaiswal (2016) analizzano questo fenomeno nei paesi in via di sviluppo per indagare come i nuovi modelli di business nel settore sanitario possono svilupparsi e trovare le modalità per erogare prestazioni di assistenza sanitaria a pazienti e comunità che sono alla base della piramide sociale (*Bottom of the pyramid – BOP theory*).

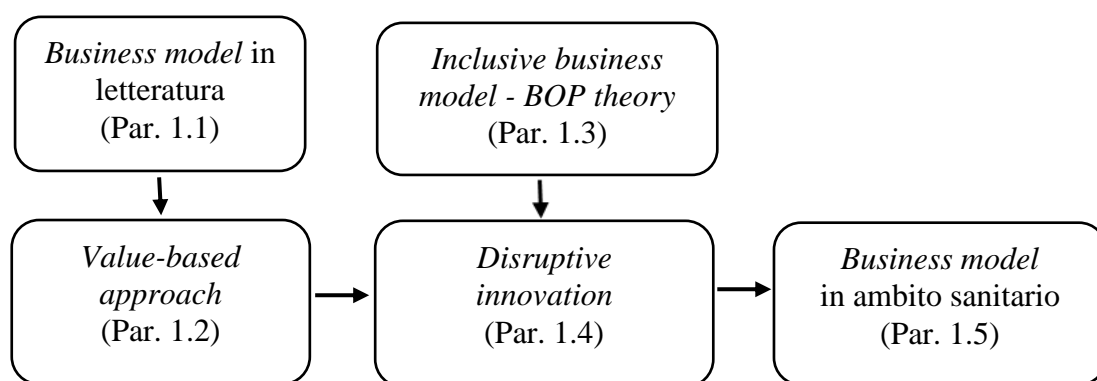
Seguendo Prahalad “*many global firms are increasingly using the BOP markets as a laboratory for innovation not only for the BOP markets but also for the established country markets*” (2011, p.11), questo lavoro di tesi ha l'obiettivo di colmare un gap della letteratura recente sul tema e indagare come i paesi sviluppati, in particolare l'Italia, stanno introducendo modelli di business innovativi, prendendo in prestito caratteristiche dei *business model* inclusivi concepiti per la fornitura di servizi sanitari nelle economie meno sviluppate.

Lo scopo di questo capitolo è, dunque, quello di comprendere quali sono gli aspetti che condizionano il processo di analisi, scelte e implementazione di modelli di

¹ Business Models Special Issue, Long Range Planning, Volume 43, Issues 2–3, Pages 143–462 (April–June 2010), Edited by Charles Baden-Fuller, Benoît Demil, Xavier Lecoq and Ian MacMillan

business orientati alla creazione di valore da parte delle organizzazioni sanitarie. In questo contesto si è scelto di affrontare il tema secondo un duplice livello di analisi teorica, adottando la prospettiva del *Value-based approach* (Porter, 2013) e quella della cosiddetta *Disruptive innovation* (Christensen et al., 2008). Si discutono le due prospettive così da orientare il capitolo successivo: si ritiene, infatti, che integrando i due approcci sarà possibile comprendere quale è l'obiettivo principale delle organizzazioni sanitarie nel contesto attuale dei paesi sviluppati e quali scelte possono compiere per adottare modelli di business in grado di rispondere ad una domanda sociale sempre più crescente.

Figura 1.1 – Processo di ricerca



1.1 Il concetto di *business model* in letteratura

Sebbene i modelli di business siano stati parte integrante delle scelte imprenditoriali ed economiche fin dai tempi pre-classici (Teece, 2010), il concetto di *business model* è si è consolidato con l'avvento di Internet a metà degli anni '90, e da allora ha iniziato a prendere slancio.

Una parte dell'analisi di Ghaziani e Ventresca (2005) sull'uso del termine *business model*, effettuata consultando articoli di management dal 1975 al 2000, ha restituito 1.729 pubblicazioni che contenevano il termine *business model*. Di questi, solo 166 sono stati pubblicati nel periodo 1975-1994; il restante (1.563) appartiene al periodo 1995-2000, rivelando un aumento notevole dell'incidenza del termine in letteratura.

Solo recentemente, la comunità accademica si sta confrontando sulle possibili differenti accezioni del termine e sulla correlazione con la strategia aziendale (ad es. Casadesus-Masanell e Ricart, 2010; Teece, 2010). Da un lato, la strategia può essere considerata una scelta di livello superiore che implica come conseguenza l'adozione di un particolare modello di business attraverso il quale l'impresa competerà sul mercato. Come afferma Porter: *"la strategia è la creazione di una posizione unica e preziosa, che coinvolge un diverso insieme di attività"* (Porter, 1996, p. 68). D'altra parte, i modelli di business sono il riflesso della strategia aziendale e si riferiscono alla logica dell'azienda, al modo in cui opera e al modo in cui crea valore per i suoi stakeholder (Baden-Fuller et al., 2010). Entrambi i concetti hanno alcune somiglianze e la strategia coincide con il *business model* quando non ci sono contingenze su cui basare la scelta di un particolare modello di business. Come affermano Casadesus-Masanell e Ricart: *"la sostanziale differenza tra strategia e business model sorge se il piano d'azione dell'impresa richiede modifiche al modello di business quando si verificano particolari contingenze"* (2010, p. 205).

Le definizioni iniziali di *business model* erano piuttosto ampie e vaghe.

Ad un livello semplicemente definitorio, il *business model* è stato inteso come *statement* (Stewart e Zhao, 2000), *description* (Applegate, 2000; Weill e Vitale, 2001), *representation* (Morris, Schindehutte, e Allen, 2005; Shafer, Smith, e Linder, 2005), *architecture* (Dubosson-Torbay, Osterwalder, e Pigneur, 2002; Timmers, 1998), *conceptual tool or model* (George e Bock, 2009; Osterwalder, 2004;

Osterwalder, Pigneur, e Tucci, 2005), *structural template* (Amit e Zott, 2001), *method* (Afuah e Tucci, 2001), *framework* (Afuah, 2004), *pattern* (Brousseau e Penard, 2006), e *set* (Seelos e Mair, 2007).

Magretta (2002) ha definito i modelli di business come "*storie che spiegano come funzionano le imprese*". Implicitamente, la sua idea è che un modello di business riguarda le modalità con cui un'organizzazione fa profitto denaro tenendo in considerazione le modalità per identificare e creare valore per i clienti.

L'economia digitale ha fornito alle imprese il potenziale per sperimentare nuove forme di meccanismi di creazione di valore, che sono collegati in rete nel senso che il valore è creato insieme da un'azienda e da una rete di partner, per molteplici destinatari. Questa ridefinizione del valore ha attirato l'attenzione degli studiosi di management, che hanno utilizzato il concetto di *business model* per spiegare la creazione di valore nei network di imprese (ad esempio, Zott e Amit, 2009). Tuttavia, nello spiegare la creazione di valore, il modello di business non è stato utilizzato solo nel contesto dell'economia digitale.

Il concetto ha avuto, infatti, una rapida crescita nei mercati emergenti e grande interesse nelle questioni relative alla teoria "*bottom-of-the-pyramid*" (Prahalad e Hart, 2002; Prahalad, 2010, 2011). Anche Seelos e Mair, ad esempio, hanno studiato i meccanismi di creazione di valore in contesti di grande povertà. Essi definiscono il business model come "*set of capabilities that is configured to enable value creation consistent with either economic or social strategic objectives*" (2007, p. 53). Allo stesso modo, Thompson e MacMillan (2010) propongono un framework per lo sviluppo di nuovi modelli di business che possano portare a miglioramenti del benessere sociale (ad es. ridurre povertà e sofferenza umana).

Pertanto, la creazione di valore può riferirsi a diverse forme di valore (come sociale o economico). I meccanismi di creazione del valore spesso vanno oltre il valore che può essere creato attraverso l'innovazione Schumpeteriana (1934, 1949, 1942); la ri-configurazione della catena del valore (Porter, 1985) o la formazione di network strategici tra imprese per generare economie di scala (Katz e Shapiro, 1985; Shapiro e Varian, 1999). Come osservano Amit e Zott (2001), il luogo della creazione di valore, e quindi l'unità di analisi appropriata per gli studiosi interessati alla creazione di valore, attraversa i confini delle imprese. Gli autori concludono che i principali

framework usati isolatamente non sono capaci di affrontare in modo sufficiente la totalità delle questioni che solleva la creazione di valore. Basandosi su un campione di 150 imprese, essi propongono quattro potenziali risorse che creano valore nei modelli di business: (1) novità, (2) esclusività, (3) complementarità e (4) efficienza. Questi driver di valore possono rafforzarsi a vicenda; cioè, la presenza di ciascun driver può migliorare l'efficacia di un altro. Il recente lavoro di Amit e Zott (2001) e Zott e Amit (2007, 2008) ha fornito un solido fondamento teorico e una definizione più precisa del modello di business. Zott e Amit (2010) definiscono un modello di business come "il contenuto, la struttura e la governance delle transazioni progettate in modo da creare valore attraverso lo sfruttamento delle opportunità di business" (2010, p. 221).

Johnson et al. (2008) sostengono, in generale, che i modelli di business sono composti da quattro elementi: la *customer value proposition*, il profitto, le risorse chiave e i processi chiave.

Shafer et al. (2005) hanno sviluppato un diagramma di affinità per identificare quattro principali categorie comuni a tutte o le definizioni più rilevanti dei modelli di business: *strategic choices*, *creating value*, *capturing value* e *value network*. Secondo questi risultati, le scelte fatte dal management su come l'organizzazione deve operare sono una componente importante dei modelli di business. Le scelte devono essere collegate alla creazione di valore e all'acquisizione del valore. E proprio come le cause hanno effetti nel mondo fisico, le scelte gestionali hanno "conseguenze". Seguendo questa logica, Casadesus-Masanell e Ricart (2007, 2010) propongono la seguente definizione di modello di business: "un modello di business consiste di: (1) l'insieme delle scelte e (2) l'insieme delle conseguenze derivate da tali scelte" (p. 103). Le seguenti sono le sue componenti principali:

- le scelte di *policy*, che determinano le azioni che un'organizzazione intraprende in tutte le sue operazioni;
- le scelte di *asset*, che riguardano le risorse tangibili che un'azienda impiega, e;
- le scelte di *governance*, che si riferiscono al modo in cui una società organizza il processo decisionale relativo ai diritti.

A volte, oltre alle scelte che producono conseguenze, le conseguenze consentono di scegliere. In questo caso, la dinamica del modello di business genera dei cicli. I due autori ritengono che un modello di business sia in grado di creare valore solo nel caso in cui generi alcuni “cicli virtuosi”, ossia delle relazioni di causa-effetto tra gli elementi che lo costituiscono, capaci di rinforzarsi vicendevolmente.

Osterwalder et al. (2005) suggeriscono una definizione che integra due prospettive: il modo in cui l'impresa porta avanti il business e la definizione della strategia. Per gli autori, un modello di business è "uno strumento concettuale che contiene un insieme di oggetti, concetti e le loro relazioni con l'obiettivo di esprimere la logica di business di un'impresa specifica. Pertanto, dobbiamo considerare quali concetti e relazioni consentono una descrizione e una rappresentazione semplificate di quale valore viene fornito ai clienti, come questo viene prodotto e con quali conseguenze finanziarie" (2005, p.5).

Recentemente, Osterwalder e Pigneur (2010, p. 14) suggeriscono che "un business model descrive la logica attraverso cui un'organizzazione crea, apporta e acquisisce valore" e propongono i seguenti elementi costitutivi per la progettazione di un modello di business:

- *value proposition*, che presenta una visione complessiva dei prodotti e dei servizi di un'azienda;
- target, che comprende i segmenti di clienti ai quali un'azienda vuole offrire valore;
- canale di distribuzione, che descrive i vari strumenti attraverso i quali l'azienda raggiunge e interagisce con i propri clienti;
- relazione, che spiega il tipo di legami che un'azienda stabilisce con i suoi vari segmenti di clienti;
- configurazione del valore, che descrive l'assetto delle attività e delle risorse disponibili per l'azienda;
- capacità principali, che delinea le competenze necessarie per rendere esecutivo il modello di business della società;
- rete di partner, che raffigura il network di accordi di cooperazione con altre organizzazioni necessarie per offrire e distribuire efficacemente valore;

- struttura dei costi, che sintetizza le conseguenze monetarie delle scelte aziendali del modello di business e;
- modello di profitto, che descrive il modo in cui un'azienda si sostiene economicamente attraverso una varietà di flussi di entrate.

Recentemente, alcuni autori hanno usato il concetto di *business model* per analizzare nuove forme di business (Mair e Schoen, 2005; Marquez et al. 2010; Yunus et al., 2010), quali l'*inclusive business* e il *social business*, per i quali si rimanda a parti dedicate del lavoro di tesi (Par. 1.3; Cap. II).

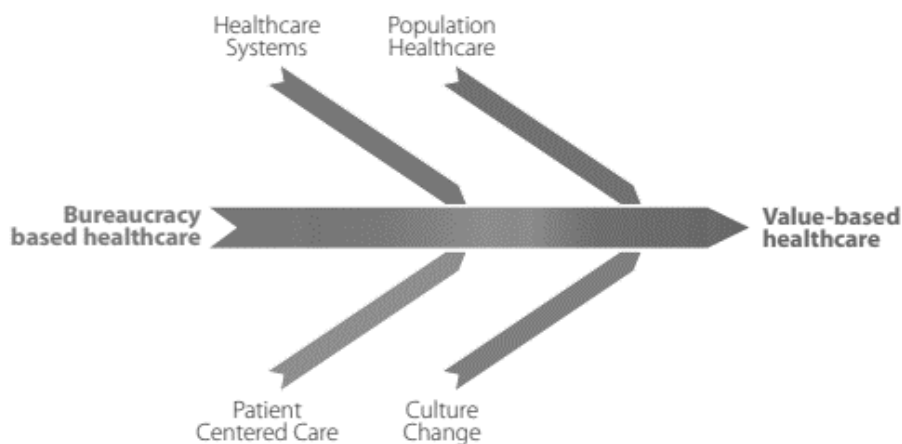
Nei paragrafi successivi, si approfondiranno diverse prospettive attraverso cui il concetto di business model, in particolare collegato alla creazione di valore, sia di recente indagato anche nel settore sanitario.

1.2 La prospettiva dell'approccio *value-based* in sanità

Se è vero che la creazione di valore rappresenta oggi il paradigma che guida le organizzazioni, questo è vero anche per un settore, quello sanitario, dove dopo anni di prevalente o esclusivo orientamento all'efficienza e al breve periodo le organizzazioni sanitarie (efficienza negli anni Settanta-Ottanta; *evidence based medicine* (EBM) e costo-efficacia negli anni Novanta; qualità e sicurezza nel 2000) riscoprono l'efficacia, la qualità e l'appropriatezza delle cure, come variabili chiave da programmare e da controllare.

Nella Figura 1.2, Gray (2007) descrive questo cambio di paradigma che si verifica in ambito sanitario, così come in altri ambiti, che determina una radicale evoluzione di approccio da una sanità fortemente burocratizzata ad una sanità basata sulla creazione di valore.

Figura 1.2 – Evoluzione di approccio: dalla burocrazia al valore in sanità



Fonte: Gray, 2007

La sanità basata sul valore si fonda sul concetto fondamentale che, per migliorare la qualità delle cure mantenendone la sostenibilità economica, si rende necessario ridefinire la natura della competizione in sanità, allineandola intorno al concetto di massimizzazione del valore per il paziente. All'aumentare di tale valore si assiste ad un miglioramento della sostenibilità economica in sanità, ed a trarne i benefici sono tutte le parti interessate.

Il dibattito sulla *Value-based health care* (VBHC) è stato avviato in particolare dopo la pubblicazione nel 2006 del libro *"Redefining Health Care. Creating value-based competition on results"* di Porter e Teisberg.

Sir Muir Gray pubblica nel 2007 *How to get better value healthcare*, declinando il concetto di valore in tre categorie: il valore personale (che torna a sottolineare la fondamentale centralità delle attese del paziente nella definizione dei percorsi di prevenzione e di cura), il valore tecnico (come punto di massimo risultato tra l'*outcome* delle cure e l'investimento sostenuto) e il valore allocativo (in altri termini, l'esito del confronto dell'impatto di diversi possibili interventi sanitari attuabili con le stesse risorse).

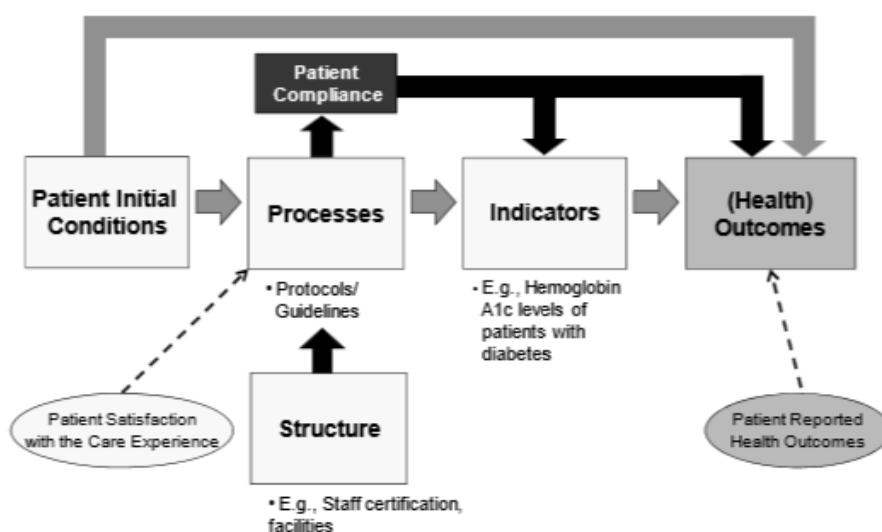
Il concetto è stato poi ripreso ed esteso in un successivo articolo uscito sul *New England Journal of Medicine* nel 2010 in cui Porter afferma che *"Value — neither an abstract ideal nor a code word for cost reduction — should define the framework for performance improvement in health care. Rigorous, disciplined measurement and*

improvement of value is the best way to drive system progress. Yet value in health care remains largely unmeasured and misunderstood. Value should always be defined around the customer, and in a well-functioning health care system, the creation of value for patients should determine the rewards for all other actors in the system. Since value depends on results, not inputs, value in health care is measured by the outcomes achieved, not the volume of services delivered and shifting focus from volume to value is a central challenge". Il discorso si complica ancora di più quando la dimensione economica del problema si affaccia sul campo. Non solo per il costo sempre più elevato degli interventi sanitari, ma per un più generale discorso di sostenibilità dei sistemi sanitari nel contesto attuale a risorse ridotte. Nel suo lavoro, Porter osserva come, nel sistema sanitario USA, i vari attori non siano motivati a creare valore per il paziente ma solo a garantirsi migliori opportunità di accesso ai finanziamenti, trasferire costi, razionare le prestazioni sottolineando invece la necessità di dover superare la competizione a somma zero tra erogatori di servizi sanitari in modo da generare valore per il paziente. Egli definisce il valore in sanità come il *"risultato ottenuto in termini di salute del paziente per ogni dollaro speso"*. La creazione di valore riguarda, dunque, la gestione integrata complessiva di una determinata condizione clinica considerata secondo tutto l'ambito di interazione fra paziente e servizi, anziché nella prospettiva del singolo segmento del processo di cura (ospedale, ambulatorio, etc.). Nell'ottica dell'approccio VBHC l'obiettivo diventa massimizzare il valore per il paziente, valutando l'esito delle cure attraverso indicatori di risultato scientificamente validi, facilmente utilizzabili nella pratica e rilevati con meccanismi trasparenti durante tutto il ciclo di cura. Creare un valore elevato per i pazienti non richiede necessariamente investimenti maggiori: la competizione sui risultati, anzi, può costituire un fattore di ottimizzazione delle risorse (ad esempio, programmi per garantire tempi certi sulla somministrazione dei farmaci, eliminazione/riduzione di procedure ripetute, strategie che puntano sul migliore controllo della malattia nelle fasi precoci, etc.). Quale esito della sua ricerca, Porter propone di articolare la misurazione dei risultati delle cure. La misurazione del valore della cura prodotto si basa principalmente sulla valutazione di *outcome* di salute. Porter usa questa metodologia soprattutto in relazione a cure specialistiche per malattie gravi ma gli stessi principi si possono applicare anche nella

misurazione del valore delle cure primarie e delle cure di prevenzione (Porter, 2010). I risultati vengono confrontati con i costi totali sostenuti durante l'intero ciclo di cura. La catena di causalità che conduce ai risultati è illustrata nella Figura 1.3.

Se nella formulazione originale gli *outcome* includevano esclusivamente esiti rilevanti per il paziente (riduzione della mortalità e delle complicanze, miglioramento della prognosi di malattia, riduzione dei sintomi e del dolore, miglioramento della qualità di vita e della funzionalità, riduzione degli effetti avversi), oggi il dibattito accademico verte su due posizioni estreme sui “criteri di inclusione”: da un lato, nel lavoro di Fibig (2013) i produttori di farmaci e tecnologie vorrebbero estendere i criteri del numeratore agli *outcome* non strettamente correlati alla salute del paziente; dall'altro, come sostengono Towse et al., i finanziatori pubblici e privati vorrebbero espandere i criteri del denominatore, includendo oltre ai costi diretti, anche quelli indiretti, inclusi quelli ambientali.

Figura 1.3 – La catena del valore in sanità



Fonte: Porter, 2010

A prescindere dalla variabilità della definizione dei criteri, l'implementazione del concetto di valore in sanità richiede un vero e proprio lavoro di squadra, perché presuppone la capacità di acquisizione dei dati prodotti da diverse figure del sistema di erogazione delle cure e soprattutto la condivisione di responsabilità sulle prestazioni sanitarie offerte al paziente. Provider, pazienti, contribuenti e politici

devono perseguire tutti il medesimo obiettivo, ovvero quello di migliorare gli esiti di salute nel modo più efficiente possibile.

Pertanto una definizione del valore, a partire dagli studi di Porter, può essere misurata proprio dalla relazione tra gli esiti e le risorse investite. Per esiti, si tengono in considerazione l'efficacia clinica (es. salute della popolazione, tasso di sopravvivenza, tempo di guarigione); il vissuto del malato (es. tempi di attesa, facilità di accesso, comfort, cura dello staff) e la sicurezza (es. errori diagnostici, complicanze post-operatorie, infezioni). Per risorse investite, si tengono in considerazione i costi di gestione (es. retribuzioni, spese generali, costi di manutenzione); costo dei capitali (investimenti in infrastrutture o attrezzature) e costi non finanziari (investimento nel personale, nelle competenze, nei sistemi).

A partire dal concetto di VBHC, sono state sviluppate nuove politiche sanitarie orientate al valore (in particolare per i sistemi sanitari USA e UK):

- pagamento delle prestazioni sanitarie con meccanismi di *Value-Based Purchasing* e/o *Pay for Performance–P4P*, ovvero sistemi incentivanti con la finalità di compensare i fornitori per miglioramenti misurabili nella qualità delle cure erogate e nella salute dei pazienti. In UK il pagamento dei medici di medicina generale è *Quality Outcomes Framework* e quello degli ospedali per singola attività *Payment by results* (Millenson, 2012; Doran et al., 2006);
- fissazione dei prezzi dei farmaci rimborsati dal terzo pagante attraverso *Value-Based Pricing*, ovvero la fissazione esplicita del prezzo massimo rimborsabile di un nuovo farmaco in base al valore apportato in termini di innovatività terapeutica, impatto della malattia, benefici per la società. E' in fase di applicazione sperimentale nel NHS inglese (Curto et al., 2014);
- definizione delle coperture assicurative e delle compartecipazioni secondo gli approcci *Value-Based Insurance Design* e *Value-Base Cost Sharing* in cui i livelli sono definiti sulla base delle evidenze di efficacia delle prestazioni per specifici gruppi di pazienti (Thomson et al., 2013).

Sicuramente, l'operatività dell'approccio VBHC deve fare i conti con una serie di questioni cruciali. In primo luogo, la necessità di sviluppare indicatori di *outcome*

centrati sul paziente (non solo di efficacia clinica ma anche di efficacia percepita) condivisi, scientificamente validati e facilmente misurabili; corrispondentemente migliorare i sistemi informativi centrandoli sulla misurazione della performance dei servizi in termini di *outcome* rilevanti per il paziente (Blumenthal and Stremikis, 2013). In secondo luogo, rendere trasparente la valutazione delle performance dei servizi, anche in questo caso secondo indicatori di *outcome* condivisi, per orientare le scelte della diade paziente-medico, passando da una competizione tra servizi a somma zero (o negativa) a una competizione (*benchmarking*) che promuove la qualità (es: *public reporting* di indicatori di esito degli ospedali con il PNE). Infine, trovare il giusto equilibrio tra personalizzazione (adattamento appropriato alle specificità del caso nel rapporto medico-paziente) e standardizzazione dei percorsi assistenziali (“*population medicine*”: coerenza con le linee guida e protocolli terapeutici condivisi secondo EBM) (Nuti e Panero, 2011; Muir Gray, 2013; Colucci, 2014). Strumento essenziale per questo equilibrio è la comunicazione tra medico e paziente dove il paziente è “interlocutore consapevole” del professionista sanitario.

Gli esiti della review restituiscono un contributo originale dell’approccio VBHC che riguarda la creazione e la misurazione del valore lungo tutto il percorso di cura, funzionale e temporale, del paziente. La capacità di costruire una “catena del valore” centrata sul paziente consente di ottimizzare il rapporto tra risultati di salute e costi, nell’ottica della sostenibilità economica degli interventi sanitari. Questo aspetto risulta oggi fondamentale nella definizione di modelli di business innovativi in ambito sanitario.

In un articolo del 2013, “*The strategy that will fix Health Care*”, Porter e Lee presentano concretamente una *Value Agenda*, ovvero sei principali raccomandazioni da adottare per costruire una sanità basata sul valore:

- i. organizzare *Integrated Practice Unit* (IPUs): cambiare il modo in cui le prestazioni sanitarie vengono erogate passando da una logica a silos, per specialità, a una in cui al centro si pone il paziente con i suoi bisogni di salute. All’interno di una IPU un team interdisciplinare prende in carico l’intero ciclo di cura della condizione del paziente e delle eventuali complicanze e circostanze ad essa correlate;

- ii. misurare esiti e costi per ciascun paziente: misurare e monitorare costantemente il valore (esiti di salute e costi del ciclo di cura) al fine di avere le informazioni necessarie per migliorare continuamente. La mancanza o frammentarietà, anche nei sistemi più evoluti, di queste informazioni sta alla base dell'inefficienza attuale. La scelta degli esiti da misurare deve essere guidata dalla rilevanza per il paziente e dalla condizione (es. diabete), non più dal tipo di prestazione (es. esame del fondo oculare). Di pari passo, la raccolta dei dati di costo deve seguire la logica dell'intero ciclo di cura e non, come spesso accade, quella del dipartimento o del flusso di spesa;
- iii. finanziare l'intero ciclo di cura: spostare il modello di finanziamento verso sistemi che incentivino, contemporaneamente, a migliorare gli esiti di salute e ridurre i costi. Ne sono alcuni esempi i *bundle payment* del ciclo di cura di una condizione acuta, quelli che coprono un periodo definito di tempo per le condizioni croniche (solitamente annuali) o una strategia preventiva per una determinata tipologia di popolazione;
- iv. integrare fisicamente i *setting* di cura in modo da evitare frammentazione e duplicazione nell'erogazione. Per fare ciò occorre definire lo scopo dell'integrazione, concentrare i volumi in meno sedi, sceglierne oculatamente la localizzazione e integrare il ciclo di cura tra le diverse sedi;
- v. ampliare l'area di pertinenza: in un sistema orientato alla massimizzazione del valore, la presa in carico non può essere guidata dalla localizzazione geografica del paziente. I centri di alta specializzazione dovranno prendere in carico anche pazienti molto distanti attraverso l'espansione strategica delle IPU eccellenti;
- vi. infine, sviluppare una piattaforma informativa adeguata a supportare i punti precedenti: superare, anche in questo caso, la logica dell'infrastruttura di dipartimento o di servizio e costruire una piattaforma che sia in grado di seguire il paziente lungo l'intero ciclo di cura, facilitando i membri del team interdisciplinare.

1.3 Lo sviluppo di una offerta sanitaria inclusiva: la teoria *bottom of the pyramid*

Un'altra prospettiva teorica da cui osservare il fenomeno della creazione di valore come elemento fondante dei modelli di business innovativi, è la teoria cosiddetta *Bottom-of-the-pyramid* (BOP Theory).

L'evoluzione di questa teoria consente, infatti, di identificare le modalità con cui le imprese sono in grado di generare valore condiviso nei mercati a basso reddito.

All'inizio del 2000, Prahalad ha pubblicato due articoli (uno con Hart nel 2002; l'altro con Hammond nel 2004) e un libro "*The Fortune at the Bottom of the Pyramid*" (2002). Egli coniò questo termine BOP con il quale identificava i 4 miliardi di persone nel mondo che vivono con un reddito pro-capite di meno di due dollari al giorno. Il contributo di questa letteratura BOP è quello di considerare le persone che vivono in povertà come un mercato cui destinare specifici prodotti e servizi con l'obiettivo di realizzare un business che possa avere un ruolo chiave nella lotta contro la povertà. I clienti e le community BOP sono dunque nuove risorse fondamentali per la crescita delle imprese multinazionali. Seguendo Prahalad, una seconda generazione di studiosi tra cui Simanis e Hart (2008) proposero un protocollo BOP che stressa l'aspetto fondamentale di aggiungere valore al prodotto.

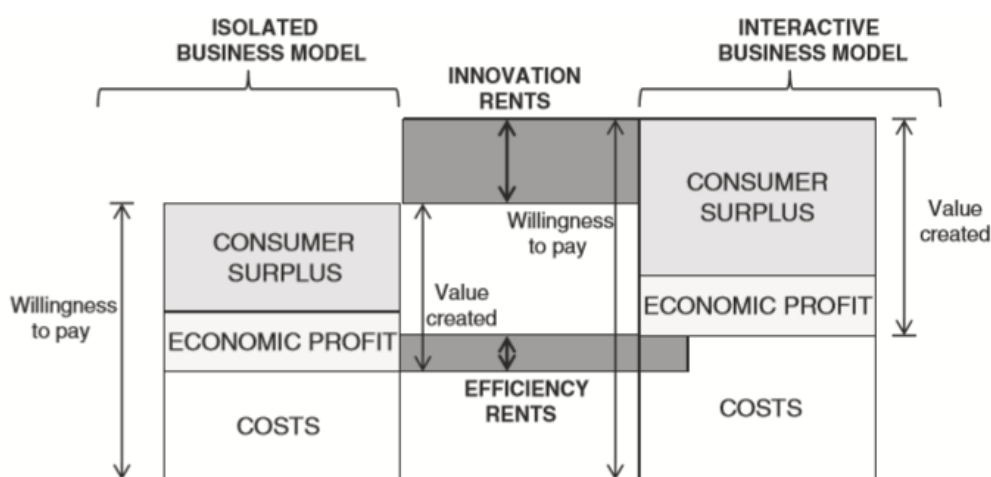
Un'ulteriore analisi di Sánchez e Ricart (2010) identifica, in questa direzione, due tipologie di business model che possono essere implementate per raggiungere i mercati *low-income*: i *business model* isolati sono caratterizzati da una strategia di sfruttamento che sfrutta le risorse e le capacità dell'azienda per ricerca dell'efficienza; i *business model* interattivi sono caratterizzati da una strategia di esplorazione che si basa su risorse esterne e promuove processi di apprendimento e innovazione.

Il primo funge da modello di ricerca dell'efficienza e la strategia si basa sulle possibilità di aumentare la quota di mercato globale dell'impresa attraverso l'adattamento del prodotto e l'ottimizzazione dei processi aziendali. Pertanto, l'azienda replica e amplia individualmente il suo modello di business tradizionale, adattandolo alle condizioni contestuali dell'ecosistema con l'obiettivo di raggiungere la massima efficienza possibile nelle sue operazioni. Diversamente i modelli di business interattivi si concentrano principalmente sull'apprendimento e sull'innovazione, e il valore creato emerge dalla giusta combinazione di risorse e

capacità dell'impresa con quelle dell'ecosistema. Sánchez e Ricart (2010) concludono che la logica della creazione di valore nel mercato a basso reddito dipende dalla natura del *business model*.

La Figura 1.4 presenta la diversa fonte di creazione di valore nei due modelli di business. Nel contesto del modello di business isolato, l'obiettivo dell'azienda è quello di aumentare l'efficienza riducendo i costi e fissando il prezzo al di sotto del livello che i consumatori sono disposti a pagare. Nel caso del modello di business interattivo, l'azienda mira a generare innovazioni che aumentano la disponibilità a pagare aumentando il valore creato per i clienti e incrementando così la disponibilità dei clienti al pagamento.

Figura 1.4 – Creazione di valore nei modelli di business isolati e interattivi



Fonte: adattato da Sánchez and Ricart (2010)

Il dibattito accademico recente ha iniziato ad interessarsi delle possibili innovazioni in termini di business model per rispondere alla domanda di salute dei mercati BOP. In particolare, nel contesto delle economie meno sviluppate, Angeli e Jaiswal (2016) hanno studiato come nuovi modelli di business possono fornire servizi per pazienti e comunità alla base della piramide sociale. Gli autori propongono la concettualizzazione generica di un modello di business strutturato attorno a tre dimensioni di valore: *value proposition*, *value creation* e *value appropriation*. La *value proposition* si riferisce alla soluzione offerta a un particolare problema o

necessità del cliente (Yunus et al., 2010; Zott and Amit, 2008); la *value creation* considera le risorse, i processi e gli attori della catena del valore interna ed esterna che creano e forniscono il valore sotto forma di prodotti e servizi offerti, in linea con il concetto di *value constellation* (Yunus et al., 2010), rete di valori (Zott and Amit, 2008) e uso di risorse e processi (Johnson et al., 2008); infine, la *value appropriation* evidenzia i modi attraverso i quali parte del valore creato torna all'organizzazione e come essa è condivisa con altri stakeholder. Quest'ultima dimensione considera non solo l'equazione del profitto (Johnson, Christensen, e Kagermann, 2008; Yunus et al., 2010) ma anche i risultati sociali (Yunus et al., 2010).

I mercati *low-income* di servizi sanitari lanciano una grande sfida all'innovazione dei modelli di business in grado di creare un'offerta sanitaria inclusiva, ovvero una sanità in grado di promuovere lo sviluppo di servizi sanitari non solo finanziariamente sostenibili ma anche socialmente e culturalmente accettabili dalla community BOP. Per definire l'assistenza sanitaria inclusiva si può fare riferimento al concetto di "inclusività", che indica "lo sviluppo e l'attuazione di nuove idee che aspirano a creare opportunità che migliorino il benessere sociale ed economico per i membri della società in stato di povertà" (George, McGahan, e Prabhu, 2012). Questi mercati costituiscono, allora, una particolare sfida per l'innovazione dei modelli di business e un campo fertile in cui può trovare collocazione il modello di business che si basa sulla *disruptive innovation* (Christensen e Hwang, 2008) in grado di offrire soluzioni *low-cost*, semplici e più funzionali di quelli esistenti in risposta ai bisogni di consumatori in grave situazione di contrizione delle risorse.

1.4 Il concetto di *disruptive innovation* e l'impatto sulle organizzazioni sanitarie

Christensen et al. (2006) sottolineano l'importanza di valutare il modello di business perché un'organizzazione che ha escogitato una buona idea per un cambiamento sociale sistemico non automaticamente riuscirà ad attuare tale cambiamento. Le organizzazioni devono valutare se il *business model* che decidono di adottare può consentirgli non solo di introdurre efficacemente l'innovazione ma anche di sostenerla e farla crescere. (p.101). Modelli di business innovativi possono generare diversi tipi di imprese tra cui le imprese sociali, le organizzazioni ibride e le imprese inclusive (Westall, 2007, CII-ITC CESD, 2010).

Alla luce di questo, gli autori sottolineano che l'obiettivo dell'innovazione dovrebbe essere il passaggio da un approccio incentrato sul prodotto a un'attenzione particolare all'innovazione del modello di business, da cui discende il prodotto (Prahalad, 2011). Inoltre, l'innovazione può riferirsi anche al modo in cui un'idea, un prodotto o un servizio possono essere diffusi perché innovativo può essere anche il processo attraverso cui un'innovazione viene adottata e viene accettata dai membri di una particolare comunità (Surry, 1997).

Le innovazioni che hanno spesso portato cambiamenti sociali sono definite in letteratura come *disruptive innovation* (Christensen et al., 2000; 2003; 2006; 2008). Christensen e Raynor (2003) le definiscono come innovazioni che creano nuove reti e cambiamenti organizzativi, basati su una nuova serie di valori, e coinvolgono nuovi attori, creando valore tra i diversi stakeholder. In particolare, le innovazioni dirompenti sono condotte da privati che possono operare su base *for profit* e *non profit* per sviluppare servizi più semplici ed economici che consentono la partecipazione di nuovi gruppi di consumatori precedentemente esclusi dai mercati convenzionali.

La letteratura che ipotizza l'uso della *disruptive innovation* in sanità suggerisce che l'essenza di questo tipo di innovazione è rappresentato dalla semplificazione tecnologica, la quale, comunque, necessita di essere inclusa in un modello di business innovativo in grado di generare valore (Christensen et al., 2008).

La scelta del modello di business è una delle componenti principali nella teoria della *disruptive innovation*. Christensen e Hwang (2008) lo descrivono come un modello interdipendente composto da quattro componenti: la *value proposition* (un prodotto o servizio che aiuti i consumatori a fare in modo più efficiente, conveniente e accettabile il lavoro che essi si apprestano a fare); i processi (modalità comuni di lavoro per ottenere obiettivi ricorrenti in modo consistente: training, sviluppo, budgeting, planning, etc.); le risorse (persone, tecnologia, prodotti, attrezzature, competenze, marchi e soldi che sono richiesti per sviluppare la *value proposition* in relazione al target di consumatori); infine, il profitto (struttura delle risorse e dei costi fissi e dei margini e formula richiesta per coprire i costi).

Un'innovazione dirompente in ambito sanitario può essere in grado di produrre alcuni (o tutti) di questi effetti: fornire risultati sanitari migliori; creare nuovi servizi

e superare le sfide relative all'accessibilità ai servizi esistenti o nuovi; portare a metodologie efficaci in termini di costi che migliorano l'accesso; promuovere l'assistenza sanitaria centrata sulla persona; dare potere al paziente/persona; scardinare vecchi sistemi; creare nuovi professionisti ruoli e capacità; creare nuovi valori per il personale sanitario, i pazienti, i cittadini e la comunità e introdurre cambiamenti culturali trasformativi.

Christensen et al. (2000) individua quattro aree di interesse principale per la *disruptive innovation* nell'assistenza sanitaria sono:

- i. nuovi modelli di assistenza sanitaria *patient-centered* e *community-based* che consentano un decentramento dai tradizionali luoghi di assistenza sanitaria come gli ospedali verso modelli integrati di assistenza (ad esempio trasferimento delle cartelle cliniche ai pazienti);
- ii. nuove tecnologie che consentano diagnosi precoci, medicina personalizzata, promozione della salute, terapia e assistenza *community-based* ed *empowerment* dei pazienti/cittadini, nonché potenziali tecnologie curative (ad esempio medicina rigenerativa, immunoterapia per il cancro);
- iii. approcci orientati alla persona per il trattamento di pazienti con malattie croniche multiple, gestione delle situazioni di fragilità e/o perdita di funzionalità in un contesto multiculturale;
- iv. educazione delle risorse umane e trasferimento di competenze e compiti da personale altamente qualificato e ad alto costo a personale con una formazione meno specializzata e più economico pur garantendo qualità e sicurezza (ad esempio da medici specialisti a generalisti, da medici generalisti a farmacisti e infermieri, da infermieri ad assistenti sanitari e ad altri fornitori di assistenza, e in ultima analisi ai cittadini stessi).

Quando si discute dell'applicabilità del concetto di *disruptive innovation* ai sistemi sanitari, ci sono alcuni elementi di questa teoria che possono essere usati come driver per un miglioramento del settore. Tuttavia, il contesto in cui questo concetto è nato, l'industria del sistema USA, rende complicata la sua applicazione nei sistemi sanitari del contesto europeo.

Ad esempio, mentre la dimensione rilevante del concetto nel caso degli Stati Uniti sembra essere il reddito (o il benessere), in quanto esso è l'elemento principale che consente l'accesso all'assistenza sanitaria, in Europa la dimensione rilevante nella definizione dell'accesso alle cure è il bisogno. Molti sistemi sanitari degli Stati membri dell'UE offrono una copertura universale, il che significa che le persone ricche e povere hanno diritto a ricevere gli stessi servizi. E' il concetto di bisogno più elevato che guida l'accesso all'assistenza sanitaria. Un'innovazione dirompente consentirebbe l'accesso generalizzato a un prodotto o a un servizio precedentemente accessibile solo a quelli con esigenze più elevate o che non devono affrontare ostacoli elevati all'accesso. Pertanto, se una delle caratteristiche di un'innovazione dirompente è quella di consentire l'accesso a un prodotto o servizio precedentemente accessibile solo a chi è ricco o abilitato, a discapito della qualità, ciò sembrerebbe non essere l'aspetto più rilevante per la maggior parte dei modelli europei. Un altro aspetto dell'innovazione dirompente, ovvero la sua capacità di "creare nuovi mercati", potrebbe essere, invece, più applicabile. In questo caso è possibile progettare nuovi prodotti, nuovi servizi o nuove modalità operative, coprendo le esigenze di salute in un modo migliore e generando così un valore più alto, in cui a costi ragionevoli corrisponde maggior valore.

Poiché la teoria sulla *disruptive innovation* è in continua evoluzione, in questa analisi è stata data priorità alla rilevanza di alcune caratteristiche piuttosto che alla loro esaustività. In particolare, si sottolinea l'aspetto di alcune innovazioni dirompenti caratterizzate dalla capacità di generare *high value* (Gray, 2011). Nell'assistenza sanitaria, l'alta qualità può essere definita come la soddisfazione delle aspettative dei pazienti a livello dei singoli individui o la capacità di fornire risultati migliori nel modo più efficace nel breve lungo periodo a livello di intere comunità. L'elemento critico collegato alla qualità sono gli sprechi. Dove lo spreco è alto, la qualità è bassa e viceversa. In questo senso è possibile fare una distinzione tra costi e sprechi, in cui gli sprechi possono essere considerati come ostacoli che non aggiungono valore (Ramsay et al, 2003; Gray, 2011).

In un'epoca in cui le risorse spesso non aumentano di pari passo con l'aumento della domanda e dei bisogni, diventa essenziale la promozione di innovazioni dirompenti in grado di offrire alta qualità.

Per questo motivo, la *roadmap* di Riga (Riga Health Conference, 2015) propone di investire in innovazioni che siano allo stesso tempo efficaci e di valore come strumento per rendere i sistemi sanitari sostenibili. All'interno dell'alveo delle innovazioni, le *disruptive innovation* sono di particolare interesse per la loro potenziale capacità di estendere l'accesso all'assistenza sanitaria e migliorare la salute della popolazione.

Nel descrivere le innovazioni dirompenti, Christensen e Raynor (2008) aggiungono anche che si possono distinguere due tipologie: quelle rivolte a nuovi clienti e quelle che si rivolgono al mercato *low-income* con prodotti a basso costo. In entrambi i casi, l'innovazione viene attuata avendo come unico e principale scopo il profitto. Come la *disruptive innovation* che offre alternative semplici e funzionali a un gruppo di consumatori insoddisfatti, gli autori fanno riferimento ad una dimensione ulteriore e specifica che ha come scopo il miglioramento dello status quo fornendo soluzioni adeguate a problemi sociali insufficientemente considerati, definita dalla letteratura *catalytic innovation*. Mentre i cambiamenti sociali causati da *disruptive innovations* sono da considerare come un effetto collaterale del raggiungimento di opportunità di business, nelle *catalytic innovations* il cambiamento sociale è l'obiettivo principale. Christensen et al. (2006) definiscono la *social innovation* come "*catalytic innovation*" e la considerano come un nuovo sottoinsieme della *disruptive innovation* in cui l'obiettivo principale è il cambiamento sociale.

Secondo Christensen et al. (2006) le *catalytic innovations* hanno cinque caratteristiche principali:

- creano un cambiamento sociale sistemico attraverso la crescita e la replicabilità;
- soddisfano un bisogno ancora non soddisfatto del tutto (perché la soluzione esistente è più complessa di quanto le persone si aspettano) o non affatto soddisfatti;
- offrono prodotti e servizi più semplici e meno costosi rispetto alle alternative esistenti e possono essere percepite a bassi livelli di performance che gli utenti però considerano sufficienti;

- generano risorse, come donazioni, sovvenzioni, volontariato o capitale intellettuale, in modi che inizialmente non attraggono concorrenti;
- sono spesso ignorati, denigrati o addirittura incoraggiati da attori esistenti per i quali il modello di business è poco redditizio o comunque poco attraente e per questo, evita o si ritira dal segmento di mercato.

1.5 Modelli di business innovativi in ambito sanitario

Il dibattito accademico di questi ultimi anni (e.g. Bhattacharyya, Khor, McGahan, Dunne, Daar, e Singer 2010; George, Rao-Nicholson, Corbishley, e Bansal, 2015; Kim, Farmer, Porter, 2013; Simanis, Hart, e Duke, 2008) ha evidenziato una crescente inadeguatezza dei modelli di assistenza sanitaria tradizionale nel fornire livelli di servizi efficaci in risposta alla domanda di salute di una fascia crescente di popolazione. Questo è vero in paesi meno sviluppati in cui le cure mediche sono spesso fuori dalla portata dei pazienti medi; ma sta diventando sempre più vero anche nei paesi benestanti.

Denominatore comune è la necessità di adottare modelli di business alternativi e innovativi per il settore sanitario che siano capaci allo stesso tempo di massimizzare il valore per i pazienti e allo stesso tempo ottenere i migliori risultati al minor costo (Porter e Lee, 2013).

Come sostengono Porter e Lee (2013), *“health care leaders and policy makers have tried countless incremental fixes - attacking fraud, reducing errors, enforcing practice guidelines, making patients better consumers, implementing electronic medical records - but none have had much impact”* nel fornire un accesso migliore e più tempestivo alle cure mediche.

In un recente studio, Mintzberg (2012) ha analizzato le debolezze e le forze di questi miti nei sistemi sanitari, mettendo in evidenza l'inefficienza di entrambe le soluzioni interamente *“state-controlled”* e *“market-controlled”*. Da un lato, la soluzione controllata dal governo non è stata in grado di garantire un'efficienza sostenibile e d'altra parte, quelle controllate interamente dal mercato non sono state in grado di fornire un'alternativa praticabile di servizi sanitari accessibili, in termini di costi. In generale è possibile sottolineare che numerosi sono gli studi che hanno mostrato il fallimento dello Stato e allo stesso tempo del mercato nella gestione, nel

sovvenzionamento e finanziamento della cosiddetta economia sociale (e.g. Cheng e Mohamed, 2010; Murray et al., 2010; Phills et al., 2008).

Per questo, negli ultimi anni, molti studiosi dibattono su nuovi modelli organizzativi di erogazione di prestazioni sanitarie, capaci di rispondere ad una domanda di salute sempre maggiore in contesti sociali sempre più complessi (Mintzberg, 2017; Kim et al., 2013; Porter e Teisberg, 2006). Questo costringe le organizzazioni sanitarie a rivedere i loro modelli di business per orientarli, in risposta ai bisogni sociali, verso una maggiore efficienza e soprattutto verso la creazione di valore.

Uno dei contributi più rilevanti dalla letteratura è la categorizzazione di Christensen et al. in *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care* (2008). Gli autori hanno descritto tre differenti tipologie di business model in sanità, distinti essenzialmente dalle modalità con cui vengono retribuite le attività dei fornitori. Le tre diverse tipologie descritte dagli autori sono: *solution shop*, *value-added process business* e *facilitated network*.

Le *solution shop* sono imprese che affrontano problemi non strutturati al fine di raggiungere la loro diagnosi e indicare soluzioni. Esse offrono valore principalmente attraverso l'intuizione e le capacità analitiche e di risoluzione dei problemi dell'esperto-dipendente; quasi sempre i loro pagamenti sono sotto forma di tariffa per il servizio. In questo modello, infatti, gli individui vengono pagati sulla base della loro capacità di dare consigli o delle loro conoscenze, non sulla base del raggiungimento di un determinato risultato. In particolare, società di consulenza, agenzie di pubblicità, organizzazioni di ricerca e sviluppo e la professione legale sono esempi di *solution shop* (Christensen et al., 2008). Questo modello è predominante in ambito sanitario e ne sono un esempio le prestazioni di visita dei medici specialistici (Barry et al., 2016).

Il *value-adding process business* è un modello che trasforma gli input delle risorse (persone, materiali, determinazione, capacità, informazioni, capitale) in output di maggior valore (Christensen et al. 2008). E' il tipico modello di business delle industrie manifatturiere, in cui l'eccellenza e l'efficienza del processo sono fondamentali. Per questo, realizzare un'analisi della catena del valore può aiutare a garantire che tutti gli step del processo siano necessari e non ci sia spreco di risorse. A risultato raggiunto, i pagamenti si basano di solito sulla consegna dell'output. In

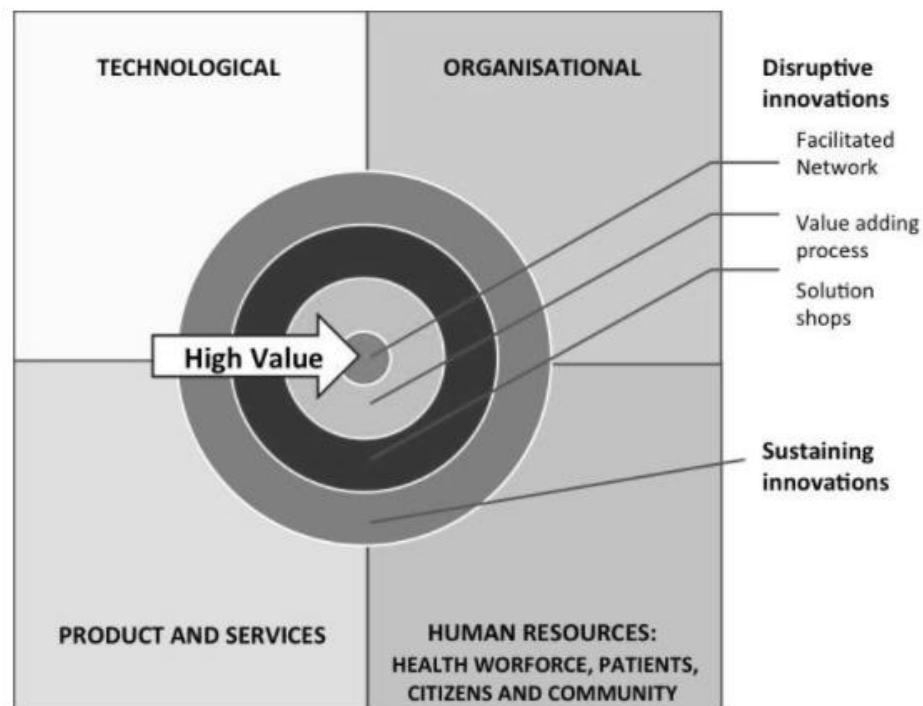
ambito sanitario, ne sono esempio i centri di chirurgia oculistica, gli ospedali ortopedici, etc. (Barry et al., 2016).

I *facilitated networks* sono imprese che gestiscono sistemi i cui i clienti comprano e vendono, e consegnano e ricevono informazioni, esperienze, oggetti da altri partecipanti (Christensen et al. 2008). I loro pagamenti sono in genere attraverso l'iscrizione o commissioni di eventuali transazioni. Questi modelli in ambito sanitario possono essere strutturati per beneficiare del mantenimento delle persone nel miglior stato di salute possibile. Ne sono un esempio i network di pazienti collegati su Internet per malattie croniche comportamentali. Un altro esempio sono le compagnie di assicurazione sanitaria, che raccolgono i premi assicurativi degli individui e li usano per pagare servizi di assistenza sanitaria. Solitamente essi non forniscono consigli medici nella modalità del *solution shop* o non erogano prestazioni sanitarie, ad esempio interventi chirurgici. (Barry et al., 2016).

Quando si esamina il modello di business di una organizzazione, è importante ricordare che le categorie di cui sopra possono spesso essere combinate insieme. Molto raramente un'organizzazione segue solo una tipologia di modello di business. Spesso i sistemi sanitari e le organizzazioni seguiranno una versione ibrida di questi modelli. Le *accountable care organization* inglesi ne sono un esempio (Moberly, 2017). Da un lato agiscono come un network attraverso la raccolta di rimborsi da parte dei clienti, mentre dall'altro innescano un processo a valore aggiunto offrendo assistenza sanitaria nel modo più integrato ed efficiente.

Ai fini della semplificazione e dell'applicabilità dell'innovazione del business model nel settore sanitario nel contesto dell'UE, Barry et al. Propongono una tassonomia della *disruptive innovation* in cui l'elemento centrale è proprio la scelta del modello di business (Figura 1.5).

Figura 1.5 – Tassonomia della *disruptive innovation*



Fonte: Barry et al., 2016

I quattro riquadri rappresentano il campo di applicazione, ovvero descrivono il contesto in cui avvengono le innovazioni dirompenti. Questa categorizzazione deriva dall'applicazione funzionale delle innovazioni nel contesto dell'assistenza sanitaria. Può essere utile per i decisori nella scelta di quale innovazione dirompente investire e nella definizione di eventuali aspetti normativi.

I quattro campi sono così identificati: tecnologico (non tecnologia, tecnologia intermedia, alta tecnologia); organizzativo (modelli, strutture, processi); prodotti/servizi e risorse umane (personale sanitario, pazienti, cittadini e comunità).

Questa classificazione basata sul campo di applicazione può essere considerata una categorizzazione teorica poiché in realtà un'innovazione dirompente generalmente influenza più di un campo di applicazione. In effetti, un'innovazione dirompente può avere un campo di applicazione e determinare l'innovazione anche in uno o più altri campi: ad esempio, possiamo avere un nuovo modello organizzativo in grado di arrestare una tecnologia, rendendola obsoleta. Ancora, un'innovazione dirompente può anche creare nuove esigenze in un altro campo: ad esempio, l'introduzione di un

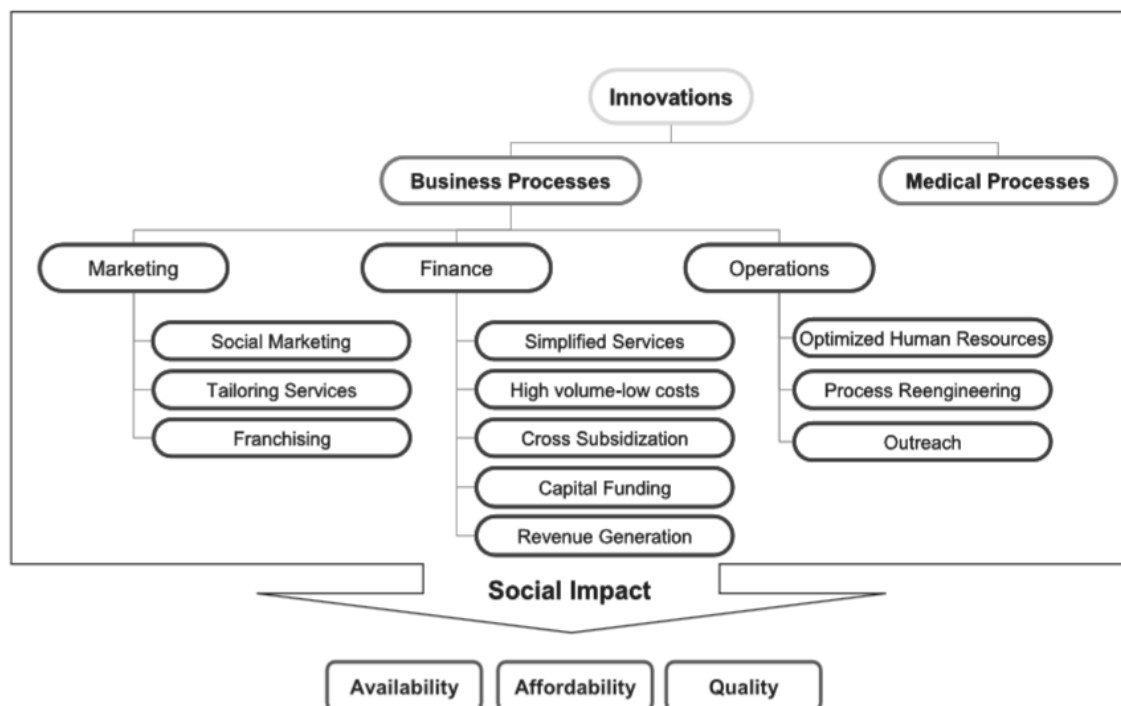
nuovo modello organizzativo può creare nuove esigenze che possono richiedere nuove figure professionali o operatori sanitari, che a loro volta richiedono una specifica formazione professionale. Inoltre, dovremmo considerare che anche nuovi tipi di business model possono essere considerati come *disruptive innovation*. Le tre differenti tipologie di business model categorizzate da Christensen et al. (2008) costituiscono, infatti, il bersaglio, che ha come obiettivo centrale proprio il raggiungimento di maggior valore. Quando un modello sostituisce un altro, i vantaggi in termini di efficienza ed accessibilità sono ancora più profondi di quando l'innovazione si verifica all'interno della stessa tipologia di modello di business sanitario. Infatti, il dinamismo tra i diversi *business model* di assistenza sanitaria rappresenta spesso il raggiungimento di un maggiore valore.

La necessità di innovare i modelli di business in sanità supera, dunque, le inefficienze del settore pubblico e l'inaccessibilità del privato *tout-court* (Consiglio et al., 2017), per coinvolgere un particolare gruppo di organizzazioni chiamate *social enterprise*. Esse hanno sviluppato approcci nuovi per aumentare la disponibilità, l'accessibilità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate attraverso lo sviluppo di *business model* innovativi.

Il dibattito accademico in merito è recente e caratterizzato da confini ancora poco definiti (Bhattacharyya et al., 2010; Roy et al., 2012; 2014; 2016; 2017; Vickers et al., 2016; Agarwal et al., 2017; Wright et al., 2017)

Uno dei contributi di maggiore interesse è lo studio di Bhattacharyya et al. (2010) che affonda le sue radici nel background degli studi sui paesi a basso e medio reddito dove larghe fasce di popolazione hanno un accesso limitato ai servizi sanitari. In questo contesto, gli autori analizzano alcune organizzazioni che, nella forma di impresa sociale, mostrano una varietà di innovazioni nell'erogazione di servizi sanitari (Figura 1.6) che hanno le potenzialità di servire al meglio i bisogni dei pazienti a basso reddito e di essere replicate anche in altri contesti.

Figura 1.6 – Classificazione delle innovazioni nei modelli di business sanitari



Fonte: Bhattacharyya et al., 2010

Dalla figura 1.6, si deduce che le principali strategie di innovazione messe in atto riguardano proprio i processi di business, in particolare per ciò che concerne le attività di marketing, finanziarie e operative. Le strategie di marketing utilizzate da molte di queste organizzazioni includono sia la promozione dei servizi ai poveri, sia la progettazione personalizzata di questi servizi per soddisfare le specifiche esigenze del target; in entrambi i casi, il criterio seguito è sempre il paziente al centro. In esse rientrano l'utilizzo del social marketing, ovvero l'applicazione delle tecniche di marketing al fine di ottenere cambiamenti comportamentali; la personalizzazione del prodotto/servizio sui bisogni dei pazienti a basso reddito; l'utilizzo del franchising come modello caratterizzato da immediata rapidità di espansione e sostenibilità nella distribuzione.

Le organizzazioni oggetto dello studio di Bhattacharyya et al. (2010) sono state prevalentemente fondate da imprenditori locali che volevano generare un impatto sulla società; in minima parte, esse hanno ricevuto fondi da ONG internazionali e in seguito sono diventati indipendenti. Molte hanno ricevuto sostegno da partnership,

finanziamenti governativi, sovvenzioni e donazioni, e alcune di esse hanno recuperato parte dei loro costi dalle quote degli utenti. L'analisi di questi casi ha rivelato che mentre alcune organizzazioni hanno innovato il loro modello di business per generare maggiori entrate per la sostenibilità economica, la maggior parte di esse ha ridisegnato le strutture dei costi in modo da consentire ai pazienti a basso reddito l'accesso a servizi sanitari che fino a quel momento gli erano negati. In particolare, il drastico contenimento dei costi è stato ottenuto attraverso una rigorosa gestione delle spese, finanziamenti di capitale e capacità di implementare modelli in grado di garantire entrate. Questo è stato possibile in primo luogo tenendo più bassi i costi operativi attraverso una semplificazione delle prestazioni mediche erogate e utilizzando fornitori meno qualificati. In secondo luogo, mantenendo basso il costo unitario della prestazione aumentandone il volume di erogazione. Alcune organizzazioni hanno raggiunto la sostenibilità finanziaria attraverso una strategia di *cross-subsidization*, in cui sfruttano la maggiore disponibilità e capacità di pagare dei pazienti più ricchi in modo da coprire i servizi costosi per i pazienti a basso reddito. Infine, hanno sviluppato la capacità di valutare i loro fabbisogni finanziari, di generare profitti a sostegno dei costi operativi e di trovare capitali per *franchisee* o fornitori di servizi in modo da avviare o migliorare i loro programmi.

Queste organizzazioni sanitarie sembrano in grado di modificare le strategie operative per aumentare la disponibilità di servizi in aree remote e fare un uso giudizioso delle risorse umane in un contesto di carenza diffusa di manodopera qualificata attraverso l'ottimizzazione delle risorse stesse, la riprogettazione di processi e prodotti e l'aumento del loro raggio di azione (es. telemedicina).

Queste innovazioni del modello di business consentono alle organizzazioni di generare un impatto sociale che si traduce in una maggiore disponibilità di servizi sanitari di elevata qualità accessibili economicamente anche dalle fasce di popolazione a basso reddito.

E' evidente dunque che le organizzazioni che operano in ambito sanitario, per rispondere al bisogno sociale di una domanda di salute sempre più pressante, devono necessariamente adottare delle innovazioni in grado di adeguare i *business model* a contesti sociali sempre più complessi. In particolare, tali organizzazioni hanno l'obiettivo di offrire tali servizi mantenendo un approccio *value-based* che pone il

paziente al centro di tutta la catena del valore. Esse devono accordare sia l'esigenza di rendersi finanziariamente sostenibili sia l'esigenza di rendere accessibili i servizi sanitari mantenendo i costi al di sotto del livello di mercato in modo da offrire le prestazioni sanitarie anche a quelle fasce di popolazione a cui sono negate. In questo modo, esse potranno essere in grado di generare innovazione e innescare cambiamenti sociali.

La trattazione condotta in questo Capitolo I induce a riflettere sulla necessità, dunque, di esplorare nuove forme di business a partire dal concetto tradizionale di *business model* ma la consapevolezza che esso necessita di adeguamenti necessari nel caso di organizzazioni in cui la componente sociale è di grande importanza. Alla luce di questo, il Capitolo II analizza il modello del *social business* e la prospettiva delle *social enterprise*.

CAPITOLO II

SOCIAL BUSINESS MODEL E NUOVE FORME DI SOCIAL BUSINESS PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SANITARI: IL RUOLO DELLE IMPRESE SOCIALI

Premessa

La diffusione di nuovi modelli di business alimentata dalla necessità di soddisfare emergenti bisogni sociali è, al giorno d'oggi, una realtà consolidata (BEPa, 2014; Petitjean e Lemoine, 2014; Fiorentini e Calò, 2013). I ricercatori che hanno esplorato queste nuove forme di business utilizzando il *business model* hanno avvertito la necessità di dover adeguare i modelli tradizionali (Mair e Schoen, 2005; Osterwalder et al., 2005; Yunus et al., 2010; Michelini, 2012). Questo bisogno di adattamento è dovuto al fatto che i framework tradizionali hanno dei limiti nell'analizzare le nuove forme di impresa ibride, in cui la componente sociale è di grande importanza. In particolare, essi non consentono un'analisi che evidenzia le caratteristiche e le innovazioni specifiche relative al modello di profitto, al modello di governance e all'impatto sociale delle nuove forme organizzative emergenti (Certo e Miller, 2008; Yunus et al., 2010; Zahra et al., 2009).

Queste nuove forme di *social business* rientrano nel più ampio concetto di *social entrepreneurship* per la quale non esiste, né è universalmente accettata una definizione puntuale (Peredo e McLean, 2006; Nicholls, 2010; Zhara et al., 2009; Austin et al., 2006). Genericamente, le *social enterprise*, che sono il “*risultato tangibile dell'imprenditorialità sociale*” (Mair e Marti, 2006), sono imprese create dagli imprenditori sociali per realizzare una missione sociale e generare entrate per essere finanziariamente sostenibili (Haugh, 2007; Shaw e Carter, 2007). Queste organizzazioni adottano modelli di business per creare valore sociale (Austin et al., 2006; Di Domenico et al., 2010; Zahra et al., 2009) e per fornire servizi tradizionalmente associati al ruolo di governo, ad associazioni di beneficenza o società benevoli (Salamon, 1993). Le imprese sociali, in tutta la loro varietà di tipologie, fanno parte del Terzo Settore (Haugh, 2005) ma sono caratterizzate da elementi peculiari che le distinguono dalle organizzazioni no-profit *tout court* e dalle altre organizzazioni del terzo settore tradizionalmente inteso (Shaw e Carter, 2007),

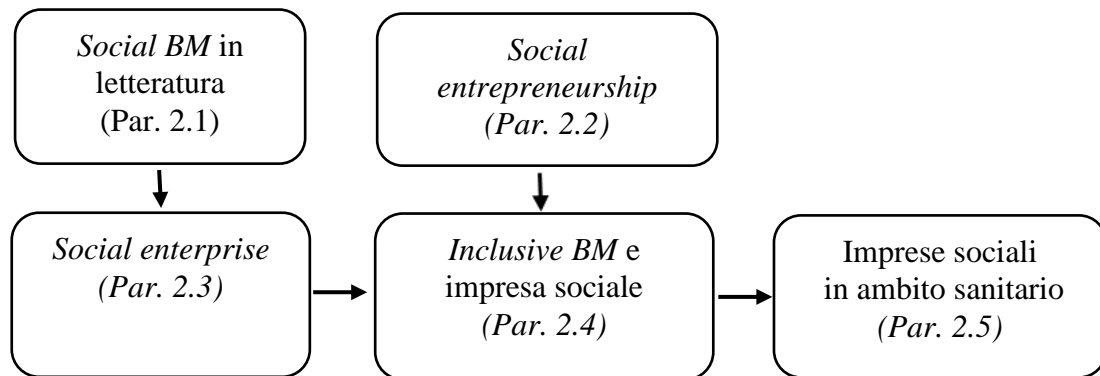
generando un modello organizzativo ibrido del tutto peculiare (Dees, 2001; Battilana e Lee, 2014).

In risposta alla crescente popolarità delle imprese sociali a livello globale e all'impatto sociale positivo di cui queste organizzazioni sono capaci, gli studiosi si interrogano sui nuovi modelli di business che ad esse sono sottesi (Certo e Miller, 2008; Yunus et al., 2010; Zahra et al., 2009). Uno dei principali modelli indagati in letteratura è l'*inclusive business model*. Dall'analisi di questo modello di business, emerge che le caratteristiche distintive delle imprese sociali sono la creazione di valore sociale e il livello di coinvolgimento degli stakeholder (Marquez et al., 2010). Insieme al *social business model*, essi rappresentano i modelli di business più accomodanti con cui intervenire nei cosiddetti mercati e communities *BoP* (Prahalad, 2004, 2011; Michelini e Fiorentino 2012). La maggior parte dell'interesse del dibattito accademico è concentrata, infatti, sulle potenzialità delle *social enterprise* nell'erogazione di servizi sanitari per paesi in via di sviluppo, e in particolare per i mercati e le community *BoP* (Angeli e Jaiswal, 2016; Agarwal et al., 2017; Bhattacharyya et al., 2010; Bocken et al., 2016; George et al., 2015; Mair et al., 2012; Shyama et al., 2016; Srivastava e Shainesh, 2015; Wilson et al., 2012). L'obiettivo generale delle imprese sociali è, però, lo stesso sia nei paesi sviluppati che in quelli emergenti, ovvero risolvere i problemi della società attraverso un'impresa che produce profitti (Borzaga e Defourny, 2001; Dees, 2001; Defourny et al., 2014; Kerlin, 2009; Nyssens, 2006). Dopo la metà degli anni '90 è sorta, infatti, anche nel contesto europeo e in Italia la necessità di trovare un nuovo paradigma per la fornitura di servizi sanitari (Addicott, 2011; Bertotti et al., 2012; Hall et al., 2012; Roy et al., 2013, 2014a, 2014b, 2015, 2017a, 2017b; Vickers et al., 2016; Wright et al., 2017), nello sforzo di raggiungere simultaneamente diversi obiettivi quali la riduzione dei costi, l'efficienza allocativa, ma anche la partecipazione delle comunità locali e dei cittadini e, in generale, una più profonda integrazione tra assistenza medica e domanda di salute (Bankauskaite e Saltman, 2007). Nonostante la significativa attenzione politica internazionale negli ultimi tempi, più evidentemente da parte della Commissione europea (rappresentata, ad esempio, dalla recente *Social Business Initiative*), ma anche dall'Amministrazione Obama (l'istituzione dell'*Office of Social Innovation and Civic Participation* e il loro *Social Innovation Fund*), ci

sono pochissime revisioni sistematiche intraprese nel campo dell'imprenditorialità sociale applicata al settore sanitario. Sicuramente, dal dibattito accademico, emerge che rispetto alla disuguaglianza dell'accesso alle cure (Marmot e Wilkinson, 2006; Whitehead et al., 2001; Whitehead e Dahlgren, 2007), oltre al ruolo statutario che i governi devono svolgere, (Bambra, 2013; WHO, 2012; Wismar et al., 2013), c'è un crescente riconoscimento del ruolo di salute pubblica svolto da attori che sono meno ovvi e che operano al di fuori dei sistemi sanitari formali, quali le imprese sociali. L'impresa sociale opera bilanciando la missione sociale con la domanda di mercato, con l'obiettivo di creare sia valore sociale che valore economico. Ha risorse umane dipendenti e al tempo stesso si avvale del supporto di volontari che offrono il loro tempo e le loro competenze e si sostiene sia attraverso grant e donazioni che attraverso il profitto da reddito di impresa. Essa garantisce servizi a prezzi di mercato ma è anche in grado di erogare servizi gratuiti per destinatari che hanno difficoltà ad accedere agli stessi dietro il corrispettivo del prezzo. Infine, una peculiarità fondamentale è la modalità di gestione del surplus che viene reinvestito in attività inerenti la missione o nelle spese operative e/o trattenuto per la crescita e lo sviluppo del business, redistribuendo solo una minima parte ad azionisti o proprietari (Battilana e Lee, 2014; Dees, 2001).

Nel processo di cambiamento del settore sanitario italiano, si registra l'accesso di nuovi attori che, come cooperative, imprese for profit con forte missione sociale e start up innovative a vocazione sociale, stanno consolidando il ruolo dell'impresa sociale come modello alternativo nell'erogazione di servizi sanitari (Rago, 2012; Venturi e Zandonai, 2014; Maino e Ferrera, 2015). L'utilizzo di questi modelli organizzativi consente lo sviluppo di nuove forme di cooperazione tra organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non-profit e incentiva la relazione tra pazienti e personale medico dando vita a un modello di imprenditorialità virtuosa che ha come effetto sociale primario quello di consentire anche ai bassi redditi di avere una possibilità di consumo crescente, agevolando l'accesso a tipologie di beni e servizi fino a poco tempo prima negati (Boswell et al., 2009; Millar, 2012; Wilson et al., 2012; Millar et al., 2016; Calò et al., 2017).

Figura 2.1 Il processo di ricerca



2.1 Il *social business model* in letteratura

Recentemente, alcuni autori hanno utilizzato il concetto di *business model* per analizzare nuove forme di business, quali *social business* e *inclusive business*, in relazione alle più ampie dimensioni di *social entrepreneurship* e *social enterprise*. Si tratta di un campo ancora molto inesplorato in cui si ritrovano pochi e importanti contributi che accrescono l'interesse accademico per questo filone di ricerca.

Mair e Schoen (2005) hanno fatto riferimento alle componenti del modello di business di Hamel – “*core strategy, strategic resources, customer interface e value network*” - per identificare le principali caratteristiche comuni nei modelli di business dell'imprenditoria sociale di successo.

Marquez et al. (2010), con l'obiettivo principale di analizzare la specificità del modello di business inclusivo, hanno selezionato alcuni elementi costitutivi identificati da Osterwalder et al. (2005). Nello specifico, hanno utilizzato le seguenti componenti: la *value proposition*, il canale di distribuzione, il rapporto con i clienti, la rete dei partner e il modello di profitto.

Osterwalder et al. (2010) sono tra i primi a prendere in considerazione l'area “*beyond profit*”, in cui operano modelli di business di impronta sociale. A tal proposito gli autori sottolineano due aspetti caratteristici da tenere in considerazione per un *social business model*: la differenziazione del ruolo tra clienti e beneficiari e la necessità di chiarire quali sono i benefici sociali derivanti dall'iniziativa in considerazione.

Yunus et al. (2010) hanno identificato quattro componenti principali del *social business model*: la *value proposition* (relativa agli stakeholder e alla definizione del prodotto/servizio), la *social profit equation* (che include il profitto sociale), la *value constellation* (che include la catena del valore interno e la catena del valore esterno) e l'*economic profit equation* (i ricavi, la struttura dei costi e il capitale investito).

Questa revisione della letteratura conferma che i ricercatori, che hanno esplorato nuove forme di business utilizzando il business model, hanno avvertito la necessità di adeguare i modelli tradizionali. Questo bisogno di adattamento è dovuto al fatto che i framework tradizionali hanno dei limiti nell'analizzare le nuove forme di impresa ibride, in cui la componente sociale è di grande importanza. In effetti, i modelli tradizionali non sono in grado di cogliere tutti gli aspetti specifici di queste nuove forme. In particolare, essi non consentono un'analisi che evidenzi le caratteristiche e

le innovazioni specifiche relative al modello di profitto, al modello di governance e all'impatto sociale dell'azienda.

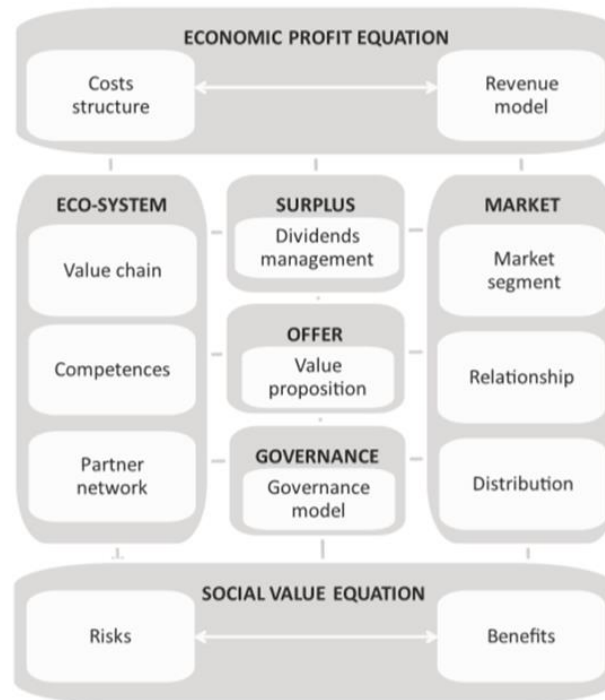
Un contributo importante che ha colmato questo gap, è il framework teorico sviluppato da Michelini (2012) come modello utile per l'analisi di nuove forme di business di impronta sociale e come strumento per analizzare la creazione di innovazione sociale. Il modello è stato sviluppato a partire da un'analisi della letteratura sui modelli di business in generale e in considerazione della specificità delle nuove forme di business come le imprese sociali. Nello specifico, questo impianto teorico del *social business* prende il via dai modelli di Osterwalder et al. (2005) e di Yunus et al. (2010).

Dai loro studi, emerge che il *social business model* è composto dalle seguenti 7 aree, che includono 13 componenti (Fig. 2.2):

1. offerta, che è caratterizzata dalla *value proposition* che è il beneficio offerto dall'impresa attraverso prodotti e servizi;
2. mercato, che include il segmento di mercato, ovvero i segmenti di clienti che l'impresa vuole raggiungere; la relazione, che descrive la strategia di comunicazione e il tipo di connessione che l'impresa instaura con i propri clienti; e la distribuzione, che descrive i vari canali che l'impresa utilizza per raggiungere i propri clienti;
3. governance, che si riferisce al modello di governance dell'impresa e comprende l'insieme di processi o regole che disciplinano la relazione tra gli stakeholder così come gli obiettivi cui l'impresa è orientata;
4. ecosistema, che include la catena del valore, che fa riferimento alla catena di attività per l'impresa che opera in un settore specifico; le competenze, che delineano la gamma specifica di competenze, conoscenze o abilità dell'impresa; e, infine, la rete dei partner, che fa riferimento alla rete di accordi di cooperazione con altre organizzazioni necessarie per offrire e distribuire efficacemente valore;
5. surplus, che descrive come l'azienda gestisce l'eccedenza di entrate;
6. *economic profit equation*, che include la struttura dei costi e il modello di profitto, e;

7. *social value equation*, che descrive il modo in cui un'azienda genera benefici sociali.

Figura 2.2 – The social business model framework



Fonte: Michellini, 2012

Le componenti identificate sono significative per analizzare le principali caratteristiche delle nuove forme di impresa e per evidenziare le aree in cui è possibile cogliere processi di innovazione sociale. In particolare, gli elementi caratterizzanti che emergono dal framework di Michellini (2012), per quanto concerne le principali forme di *social business model*, sono la *social value equation* e la gestione del *surplus*. Tali caratteristiche sono proprie delle iniziative che rientrano nell'alveo ampio dell'imprenditorialità sociale.

2.2 *Social entrepreneurship*: un concetto in via di definizione

Nonostante sia un fenomeno di ricerca globale che si è sviluppato negli ultimi due decenni, la ricerca sull'imprenditoria sociale rimane tuttavia in uno stato nascente, in parte a causa dell'assenza di una definizione unificata (Short, Moss, Lumpkin, 2009) e in parte a causa della presenza di logiche istituzionali opposte (Nicholls, 2010).

L'interesse di studiosi di diversi settori – pubblico, *non profit* e *for profit* (Short et al., 2009) - è visto sia come un'opportunità per progredire sul campo di ricerca (Short et al., 2009), sia come la ragione di filoni di interesse conflittuali nell'ambito dell'imprenditoria sociale (Zahra et al., 2009). Una mancanza di accordo persiste per quanto riguarda il dominio, i confini, le forme e le definizioni dell'imprenditorialità sociale (Peredo e McLean, 2006). Ciò è dovuto principalmente all'ambiguità che circonda l'interpretazione dei termini "sociale" e "imprenditorialità" (Mair e Martí, 2006). All'interno del dominio dell'imprenditorialità sociale, esistono, infatti, prospettive discordanti degli studiosi (Nicholls, 2010). Ciò è evidente dalla vasta gamma di definizioni fornite in letteratura (Bacq e Janssen, 2011; Zahra et al., 2009) e anche dalla complessità stessa del fenomeno rispetto al quale lo stesso Nicholls (2008) afferma: “*the search for a single definition was a sterile activity*”.

Nella letteratura recente, molti autori hanno raccolto e analizzato le definizioni chiave dell'imprenditoria sociale. Ad esempio, per evidenziare la complessità nel dare una definizione precisa, Dacin et al. (2010) analizzano 37 diverse definizioni emerse dal 1991 al 2010, l'OCSE (2010) analizza 29 definizioni in uso dal 2000 al 2010, e Swanson e Zhang (2010) hanno riassunto 14 costrutti teorici sviluppati dal 1998 al 2010.

Sicuramente si tratta di un filone di ricerca in cui l'interesse accademico cresce sempre di più, considerato che il fenomeno aumenta e che le cause sono da rintracciare nella crisi del tradizionale welfare state e nell'aumento delle problematiche sociali e ambientali.

In una visione più ristretta, gli studi nella prospettiva della *social entrepreneurship* riguardano principalmente il trasferimento di competenze manageriali e attitudini *market-based* ad attori del settore non profit e la modalità di migliorare l'efficienza e l'efficacia operativa di questo settore.

A questa visione, si affianca una prospettiva di approccio molto più esteso che tiene conto del concetto di *social entrepreneurship* come nuovo campo di ricerca, indipendente e intersettoriale e in particolare indaga la capacità di contribuire attivamente ai cambiamenti sociali attraverso innovazioni creative e sostenibilità economica.

Il crescente interesse accademico in questo campo è dimostrato dalla pubblicazione di diversi *special issues* incentrati proprio sull'imprenditoria sociale, di cui si riporta una breve rassegna (Tab. 2.1).

Tabella 2.1 - Esempi di *special issue* sull'imprenditoria sociale nelle riviste accademiche

Anno	Rivista	Special Issue
2003	International Journal of Entrepreneurship Education	Social entrepreneurship
2006	Journal of World Business	Social entrepreneurship: New research findings
2008	International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research	Challenging tensions: critical theoretical and empirical perspectives on social enterprise
2010	Entrepreneurship Theory and Practice	Social Entrepreneurship
2011	Entrepreneurship and Regional Development	Community-Based, Social & Societal Entrepreneurship
2013	International Small Business Journal	Social Innovation and Social Entrepreneurship: Extending Theory, Integrating Practice
2016	Social and Environmental Accountability Journal	Social enterprise, accountability and social accounting
2017	Journal of World Business	The Internationalization of Social Enterprises

Fonte: elaborazione propria

In assenza di una definizione unificata, l'imprenditoria sociale è generalmente descritta come “*attività imprenditoriale con un obiettivo sociale*” (Austin et al., 2006, p.1).

Dalla review della letteratura emergono due principali scuole di pensiero che hanno contribuito alla nascita di due differenti visioni dell'imprenditorialità sociale.

Da un lato, la Social Innovation School of Thought definisce la *social entrepreneurship* come “*an innovative, social value-creating activity that can occur within or across the non-profit, business, or government sector*” (Austin et al., 2006; Dees, 2001); dall'altro, la Earned Income School of Thought definisce questo processo “*any person, in any sector, who uses earned income strategies to pursue a*

social objective; social entrepreneurship entails self-sufficiency from earned income” (Boschee e McClurg, 2003; Yunus e Weber, 2010).

In generale, la *social entrepreneurship* mostra molte caratteristiche simili all'imprenditoria tradizionale, con alcune differenze legate ad alcuni presupposti e risultati specifici (Lumpkin et al., 2011). L'imprenditorialità può essere considerata una pratica, un processo e un concetto, e per l'imprenditorialità sociale è lo stesso. Essa però è usata per descrivere la ricerca dell'opportunità di sviluppare valore sociale. Seguendo Dees (2001:2), “*social entrepreneurs are one species of the genus entrepreneur*” e i due termini sono strettamente legati.

Gli aspetti simili tra loro sono chiari dalle rispettive definizioni. Timmons (1994:6) definisce “*l'entrepreneurship as creating and seizing an opportunity and pursuing it regardless of the resources currently controlled...it is a human creative act...it usually requires a vision...it involves building a team...of sensing opportunities and finding and marshalling resources and ensuring the venture does not run out of money.*” Egli propone una nozione di imprenditoria che è, tra le altre cose, focalizzata sull'opportunità di crescita sostenibile, che è notevolmente simile alla definizione di *social entrepreneurship* di Dees. Dees (2001:4) afferma che “*social entrepreneurs play the role of change agents in the social sector, by adopting a mission to create and sustain social value; recognizing and relentlessly pursuing new opportunities to serve that mission; engaging in a process of continuous innovation, adaptation, and learning; acting boldly without being limited by resources currently in hand and exhibiting a heightened sense of accountability to the constituencies served and for the outcomes*”.

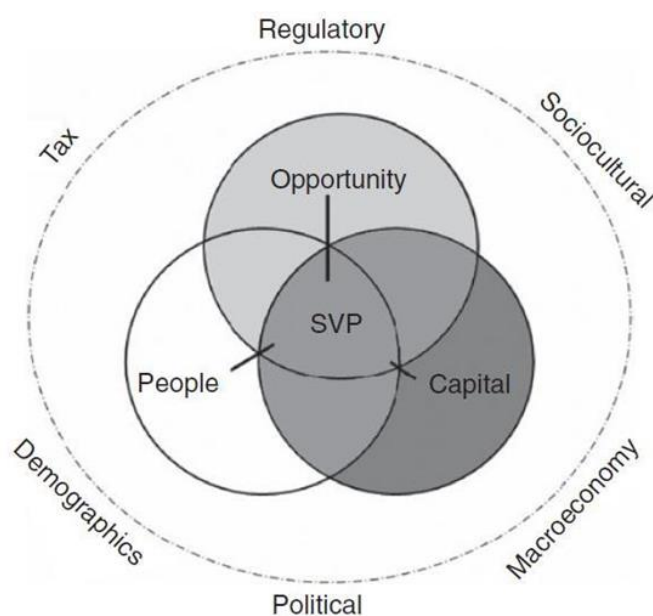
La caratteristica differente della *social entrepreneurship* rilevata dall'analisi delle definizioni di Timmons e Dees è proprio il ruolo specifico dell'imprenditorialità sociale come agente di cambiamento sociale e in sostanza come creatore di valore sociale.

A sostenere questa tesi è anche il lavoro di Austin et al. (2006) che attingono alla letteratura *mainstream* sull'imprenditorialità per concettualizzare l'imprenditoria sociale. Usando il framework PCDO (*People, Context, Deal, Opportunity*) di Sahlman (1996), gli autori sottolineano che il punto chiave della differenza tra l'imprenditoria tradizionale e l'imprenditoria sociale è il focus di quest'ultima sulla

Social Value Proposition (SVP). Invece di posizionare l'elemento *context* al centro del framework come fa Sahlman (1996), Austin et al. (2006: p. 16) pongono al centro del loro modello concettuale la *social value proposition*, come illustrato nella Figura 2.3.

Questo framework sottolinea l'importanza per gli imprenditori sociali di focalizzarsi prima di tutto sulla SVP che, per essere sviluppata efficacemente, necessita di uno stato di allineamento, sia esternamente che internamente, tra le componenti chiave del framework: l'opportunità, le persone, il capitale e il contesto.

Figura 2.3 - Social Entrepreneurship Framework (SVP, social value proposition)



Fonte: Austin et al., 2006

Questa impostazione è molto simile al modello che Weerawardena et al. (2010) derivano empiricamente e che è rappresentato nella Figura 2.4.

L'indagine empirica condotta da Weerawardena et al. (2010) sulle imprese sociali suggerisce che l'imprenditoria sociale presenta tre dimensioni: l'innovatività, la proattività e la gestione del rischio.

Figura 2.4 - Modello multidimensionale di imprenditoria sociale



Fonte: Weerawardena et al., 2010

Ciò riflette la costruzione dell'orientamento imprenditoriale nella letteratura *mainstream* sull'imprenditorialità (Lumpkin e Dess, 1996; Miller, 1983). Tuttavia, nell'imprenditoria sociale queste dimensioni sono fortemente influenzate, o vincolate, da tre elementi: (1) le richieste spesso conflittuali dell'ambiente esterno; (2) la necessità di costruire un'organizzazione sostenibile; e (3) principalmente, la necessità di raggiungere la missione sociale (Weerawardena e Mort, 2006: p. 32). Questa enfasi sulla creazione di valore sociale è supportata anche da altri studiosi (Di Domenico et al., 2010; Mair e Martí, 2006; Peredo e McLean, 2006b).

L'imprenditorialità sociale è quindi una crescente area di ricerca accademica e restano molte domande senza risposta sul processo, le dimensioni, le definizioni e le attività derivanti dall'imprenditoria sociale, comprese le imprese sociali, in particolare per quanto concerne il loro modello di business.

2.3 Caratteristiche e definizioni dell'impresa sociale

Un altro campo di ricerca importante che emerge dalla review della letteratura, è la differenza tra *social entrepreneur* e *social entrepreneurships*, che delinea a sua volta l'ambito di analisi della *social enterprise*. I tre termini sono spesso usati in modo intercambiabile, ma seguendo Howaldt et al. (2014: 67), “*these are concepts with blurred boundaries and multiple interpretation with authors still apparently unable to find a agreement on what it means to be a social entrepreneur, to start a social*

enterprise or to write on social entrepreneurship”, è chiaro che l’affinità tra i diversi concetti è apparente e che ognuno di essi rimanda ad un ambito specifico.

Dalla letteratura emergono tre principali ambiti di interesse.

Un primo filone di ricerca si sofferma sul ruolo del *social entrepreneur* in risposta alla domanda relativa ad indagare “*chi*” si impegna nell’utilizzo di *social business model*. Il campo di indagine riguarda prevalentemente le caratteristiche e le motivazioni che animano gli imprenditori sociali, come la visione, l’integrità, il lavorare in risposta a obiettivi sociali, i valori, la motivazione (Rafferty and Griffin, 2004; Fry, 2003; Pfeffer, 2003; Bass, 1998).

Gli imprenditori sociali, in particolare, sono individui che avviano attività incentrate su una missione sociale mentre si comportano da veri imprenditori attraverso il loro dinamismo, il coinvolgimento personale e le pratiche innovative (UNDP, EMES, 2008).

Schuyler (1998) definisce i *social entrepreneurs* come “*individuals who have a vision for social change*”. Thompson et al. (2000) parlano di “*people who realize where there is an opportunity to satisfy unmet need*”. E ancora Dees (2001) li definisce come coloro che “*play the role of change agents in the social sector*”.

Ancora sono imprenditori sociali coloro che avviano un’impresa sociale (SEFORIS, 2015); che usano le loro entrate di reddito per sviluppare la mission sociale dell’organizzazione (Boschee and McClurg, 2003) e che avviano con successo processi di innovazione sociale (Dees, 2003; Defourney and Nyssens, 2014).

Il concetto di *social entrepreneurship* risponde, invece, alla domanda “*cosa*” e, pertanto, il campo di indagine riguarda i processi e gli outcomes che da essi derivano.

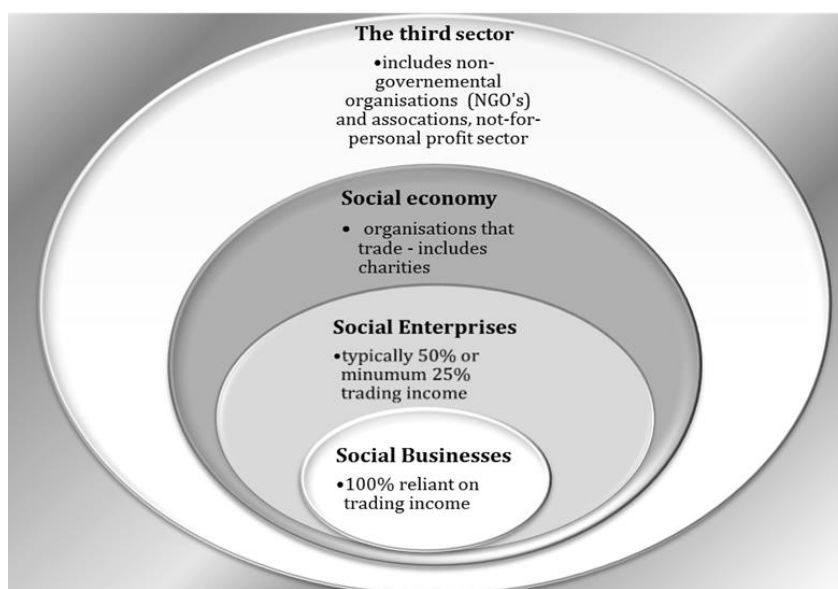
Martin e Thomson (2010) rimandano ad un processo che parte dalla ricognizione di una opportunità di sviluppare benefici sociali e portare alla creazione di una nuova impresa o alla modifica un’impresa già esistente. Quando si parla di imprenditoria sociale, ci si riferisce al processo che investe privati che sono orientati a perseguire opportunità che soddisfano bisogni sociali insoddisfatti e che può essere compreso attraverso le stesse implicazioni teoriche dell’imprenditorialità tradizionale, sebbene esso abbia contemporaneamente finalità economiche e sociali (Jones, 2009) e

pertanto necessita dei necessari aggiustamenti di cui si è discusso nei paragrafi precedenti (Par. 2.1; Par. 2.2).

Diversamente, il concetto di *social enterprise*, risponde alla domanda “*come*” e il campo di indagine riguarda l’approccio manageriale e legale con cui si risponde alla domanda sociale con una formula imprenditoriale. La definizione di impresa sociale si riferisce, quindi, al “*risultato tangibile dell'imprenditoria sociale*” (Mair e Martí, 2006:37).

Il ruolo della *Earned Income Theory* come mezzo per classificare le imprese sociali nel più ampio terzo settore dell’economia è prezioso in questo contesto (Fig. 2.5). La tassonomia sviluppata da questa Scuola di Pensiero serve a differenziare enti di beneficenza e altri tipi di organizzazioni del terzo settore, che dipendono prevalentemente da sovvenzioni e donazioni, da organizzazioni con reddito derivato dal commercio. Tuttavia, le argomentazioni riguardanti la proporzione del reddito da lavoro rispetto ad altri tipi di reddito per le imprese all'interno dell'economia sociale complicano la classificazione delle imprese nel settore.

Figura 2.5 – Tassonomia del Terzo Settore della *Earned Income Theory*



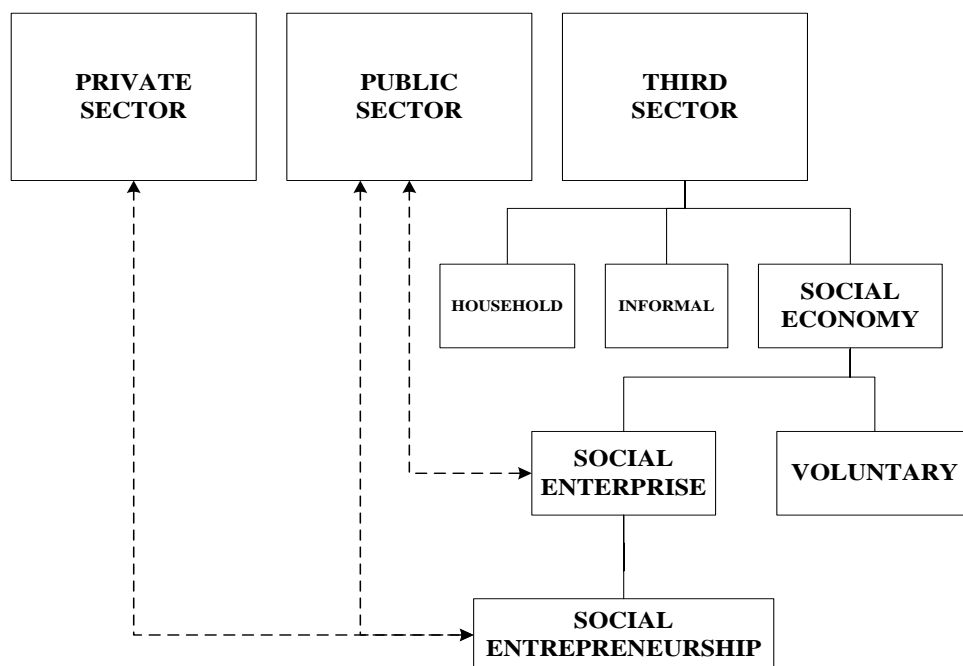
Fonte: McGilvray, 2015

Tuttavia, l'imprenditoria sociale non si limita al segmento del terzo settore dell'economia ma estende la sua influenza a tutti i settori (Deakins e Friel, 2012,

Defourny e Nyssens, 2008, Birch e Whittam, 2009). L'esistenza dell'imprenditoria sociale nel settore privato è sostenuta da Austin et al. (2007), che l'ha definita *corporate social entrepreneurship* (CSE). Lo scopo fondamentale della CSE è di accelerare le trasformazioni organizzative delle imprese in più potenti generatori di benefici per la società. CSE non è un'altra forma di *corporate social responsibility* ma piuttosto è un processo per rinvigorire e far progredire lo sviluppo di quest'ultima (Austin e Reficco, 2009).

Allo stesso modo, il settore pubblico è stato responsabile dell'avvio di una serie di *Work Integration Social Enterprises* (WISEs) sorte tra la fine degli anni '90 e l'inizio del XXI secolo. Si tratta di imprese che lavorano su attività commerciale offrendo al contempo formazione e lavoro a persone escluse dalla forza lavoro per una serie di motivi. Per fare questo, utilizzano un mix di reddito da lavoro e grant per sostenere la missione sociale che è la creazione di opportunità di lavoro. Gli ambiti di intervento dell'imprenditorialità sociale sono dunque intersettoriali e, con diverse modalità, coinvolgono il settore non profit, profit e pubblico (Fig. 2.6).

Figura 2.6 – I diversi ambiti di intervento dell'impresa sociale



Fonte: Deakins e Friel, 2012

Riguardo alla definizione di impresa sociale, è possibile distinguere un'impostazione anglosassone ed una europeo-italiana (Kerlin, 2006).

La prima muove da un'iniziativa top-down in cui un imprenditore, un filantropo, un'azienda, mettono a disposizione risorse e relazioni per creare un *social business* e “correggere” il capitalismo (Mendell, 2009).

La seconda, specialmente nella lunga tradizione storica italiana, intende promuovere l'impresa sociale quale iniziativa auto-organizzata dal basso, innestandola sul mondo dell'associazionismo, della cooperazione, della cooperazione sociale, delle casse rurali, delle banche di credito cooperativo, e così via (Defourny e Nyssens, 2008). È, quest'ultimo, un approccio che nasce dalla percezione di bisogni da parte di comunità, a cui si risponde utilizzando la forma d'impresa e (anche) le metodologie del *for profit* (Marcon, 2004). Solitamente le imprese vengono classificate secondo due criteri (Grassl, 2012): la proprietà, da un lato, e gli obiettivi principalmente perseguiti, dall'altro (Fig. 2.7).

Figura 2.7 – Classificazione tradizionale delle forme di impresa

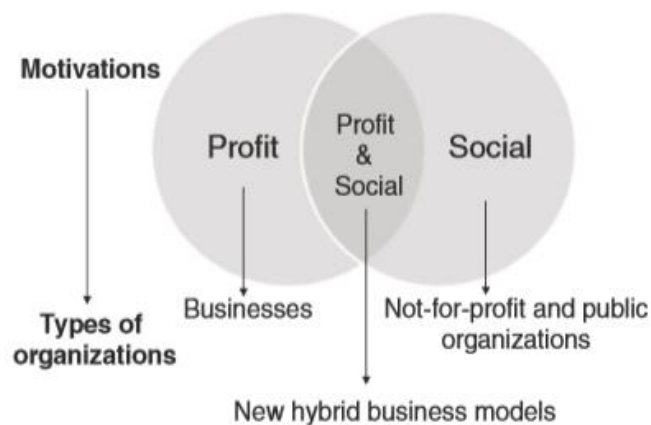
		Primary objective	
		Commercial	Social
Ownership	Private	Private Enterprises	Social Enterprises
	Public	Public Enterprises	Public Administration

Fonte: Grassl, 2012

Tale classificazione suddivide in maniera netta l'attività economica in due settori e considera quali plausibili per le imprese altrettanti obiettivi. Tuttavia, l'evoluzione delle economie ha allargato lo spettro di azione dell'impresa privata, includendovi soggetti aventi obiettivi principalmente di natura sociale: le imprese sociali appunto, che per definizione possono essere considerate organizzazioni ibride (Defourny e Nyssens, 2006; Alter, 2011; Nicholls, 2012; Battilana e Lee, 2012; 2014). Una caratteristica direttamente collegata all'impatto sociale dell'innovazione è la motivazione che porta verso la *social innovation*. Le *business innovation* sono

generalmente motivate dal profitto e diffuse attraverso organizzazioni che sono principalmente motivate dalla massimizzazione del profitto. Tuttavia, ci sono molte situazioni in cui i contorni sono sfocati (Mulgan 2006). Le differenti motivazioni portano a differenti forme organizzative delle imprese. Il profitto è la principale motivazione delle imprese tradizionalmente intese; la motivazione sociale rappresenta l'essenza delle organizzazioni non profit e delle organizzazioni pubbliche; l'unione della motivazione al profitto e allo stesso tempo della missione sociale crea nuove forme ibride di impresa, quali le imprese sociali (Fig. 2.8).

Figura 2.8 – Motivazioni e tipologie delle organizzazioni di innovazione sociale



Fonte: Michellini, 2012

Sono organizzazioni create per uno scopo sociale, per mitigare un problema sociale o un fallimento del mercato e generare valore sociale mentre operano con gli aspetti finanziari, l'innovazione e la determinazione di un'attività del settore privato (Alter, 2007). Questi ibridi confondono i confini tra profit e non profit ponendo uguale enfasi sulla missione sociale e sui risultati di performance (Boyd, Henning, Reyna, Welch e Wang, 2009).

Per l'impresa sociale *“social value creation appears to be the primary objective, while economic value creation is often a by-product that allows organizations to achieve sustainability and self-sufficiency”* (Seelos e Mair, 2005: 242). In altri termini, se l'impresa è considerata sociale è necessario che esistano legami sostanziali tra la dimensione sociale e imprenditoriale, ossia che i comportamenti

imprenditoriali siano finalizzati in maniera prioritaria al perseguimento delle finalità sociali *“rather than profit versus not-for-profit, we argue that the main difference between entrepreneurship in the business sector and social entrepreneurship lies in the relative priority given to social wealth creation versus economic wealth creation. In business entrepreneurship, social wealth is a by-product of the economic value created; in social entrepreneurship, the main focus is on social valued creation”* (Mair e Martì, 2006: 9).

Seguendo Picciotti (2013:16), è possibile definire l'impresa sociale come *“un soggetto giuridico e autonomo dalla pubblica amministrazione e da altri soggetti privati, che svolge attività produttive secondo criteri imprenditoriali (continuità, sostenibilità, qualità), ma che persegue, a differenza delle imprese convenzionali, una esplicita finalità sociale che si traduce nella produzione di benefici diretti a favore di una intera comunità o di soggetti svantaggiati. Essa esclude la ricerca del massimo profitto in capo a coloro che apportano il capitale di rischio ed è piuttosto tesa alla ricerca dell'equilibrio tra una giusta remunerazione di almeno una parte dei fattori produttivi e le possibili ricadute a vantaggio di coloro che utilizzano i beni o i servizi prodotti. Un'impresa quindi che può coinvolgere nella proprietà e nella gestione più tipologie di stakeholder (dai volontari ai finanziatori), che mantiene forti legami con la comunità territoriale in cui opera e che trae le risorse di cui ha bisogno da una pluralità di fonti: dalla pubblica amministrazione (quando i servizi hanno una natura meritoria riconosciuta), dalle donazioni di denaro e di lavoro, ma anche dal mercato e dalla domanda privata”*.

Date le sue caratteristiche, l'impresa sociale può rappresentare una valida “terza” alternativa rispetto allo Stato e al mercato, *“in grado di cogliere con maggior tempestività i bisogni nuovi o di gruppi di cittadini”* (Borzaga e Fazzi, 2011a).

Simile alla definizione di Borzaga (2009), è quella data dall'United Nation Development Programme (UNDP) e dall'EMES International Research Work. Per UNDP ed EMES, le imprese sociali possono essere definite come *“organizzazioni private, autonome e imprenditoriali che forniscono beni o servizi con un obiettivo esplicito a beneficio della comunità. Sono di proprietà o gestite da un gruppo di cittadini e gli interessi materiali degli investitori di capitali sono soggetti a limiti. Le imprese sociali attribuiscono un valore elevato alla loro autonomia e all'assunzione*

di rischi economici connessi all'attività socio-economica in corso." (UNDP/EMES 2008, p.18).

Un'interpretazione simile è data da Yunus (2008; 2010). Egli definisce il *social business* come un sottogruppo di imprenditoria sociale che opera come impresa vendendo prodotti e servizi ai clienti. A differenza delle imprese tradizionali, non ci sono dividendi per gli azionisti. Gli investitori che decidono di creare un'impresa sociale possono recuperare la quantità di denaro che hanno investito, dopo di che l'eccedenza non viene distribuita tra i partner. Eventuali introiti in eccesso sono reinvestiti per migliorare la qualità del prodotto o del servizio o per incrementare il business sociale. Lo scopo della visione di Yunus non è quello di sradicare o contrastare il tradizionale modello di business, piuttosto egli considera il *social business* come un modo nuovo e alternativo per fare imprenditoria.

Una più ampia definizione è stata data anche di recente dalla Commissione europea (2011), che considera l'impresa sociale *"un operatore nell'economia sociale il cui obiettivo principale è avere un impatto sociale piuttosto che realizzare un profitto per i proprietari o gli azionisti. Opera fornendo beni e servizi per il mercato in modo imprenditoriale e innovativo e utilizza i suoi profitti principalmente per raggiungere obiettivi sociali. È gestito in modo aperto e responsabile e, in particolare, coinvolge dipendenti, consumatori e parti interessate dalle sue attività commerciali"* (p. 2).

Altri contributi concordano con la definizione più ampia: le imprese sociali sono considerate *"organizzazioni che cercano soluzioni di business a problemi sociali"* (Thompson and Doherty 2006).

Secondo questa visione, l'impresa sociale mira a affrontare problemi/bisogni sociali significativi (Light 2006; Mair and Marti 2006; Korosec and Berman 2006); catalizzare il cambiamento sociale (Mair e Marti 2006); alleviare le sofferenze del *target group* (Martin e Osberg 2007); favorire la società ponendo l'accento sulle persone emarginate e sui poveri (Schwab Foundation 2011), e creare e distribuire nuovo valore sociale (Peredo e McLean 2006, Perrini e Vurro 2006).

2.4 Inclusive business model: un nuovo modello di business per le imprese sociali

Un'interpretazione più ampia di imprenditorialità sociale si riferisce anche ad una forma innovativa di business che sta diventando sempre più diffusa: l'*inclusive business model*.

Un'analisi della letteratura suggerisce che il modello di business inclusivo, insieme al *social business model*, rappresentano i modelli di business più accomodanti con cui intervenire nei cosiddetti mercati e communities *BOP* (Prahalad, 2004, 2011; Michelini e Fiorentino 2012).

La relazione tra modello di business inclusivo e imprenditorialità sociale è stata sottolineata da Marquez et al. (2010), attraverso un caso di studio condotto su 12 *inclusive business*. Gli autori concludono lo studio affermando che le imprese sociali si distinguono da quelle tradizionali per due caratteristiche principali: il valore sociale che viene creato e il livello di coinvolgimento degli stakeholder.

La creazione di valore condiviso è un punto chiave nel modello di business inclusivo, oltre alla necessità di impegnarsi con le parti interessate per avere successo e ottenere opportunità commerciali e sociali. Pertanto, il modello di business inclusivo “*is driving a convergence between traditional enterprise and social enterprise, with very different organizations behaving similarly*” (Marquez et al 2010, p. 322). Il modello di business inclusivo offre nuove opportunità a un'azienda per condurre la propria attività in modo responsabile e, allo stesso tempo, generare valore economico e sociale. Le imprese inclusive si basano su modelli con cui “*include the poor on the demand side as clients and customers, and on the supply side as employees, producers and business owners at various points in the value chain.*” (UNDP 2008, p.2).

Per SNV e *World Business Council for Sustainable Development* (2008), il modello di business inclusivo è “*one which seeks to contribute toward the alleviation of poverty by including lower-income communities within its value chain while not losing sight of the ultimate goal of business, which is to generate profits*”(SNV/WBCSD 2008, p. 2).

Tale modello di business è caratterizzato dal coinvolgimento del settore *low-income* in tre possibili modalità:

1. come clienti, in cui i poveri sono l'obiettivo primario dell'azienda e le aziende mettono a disposizione prodotti e servizi a un prezzo accessibile;
2. come fornitori, distributori o partner commerciali, in cui i poveri sono coinvolti nella catena del valore e le aziende contribuiscono alla creazione di posti di lavoro e alla condivisione delle conoscenze, rivolgendosi anche alla popolazione locale media o ad alto reddito, ai mercati tradizionali/globali e alle organizzazioni no profit locali o internazionali, e;
3. come clienti e come fornitori, distributori o partner commerciali, in cui i poveri sono sia destinatari che attori coinvolti nella catena del valore dell'impresa.

I modelli di business inclusivi *“build bridges between business and the poor for mutual benefit. The benefits from inclusive business models go beyond immediate profits and higher incomes. For business, they include driving innovations, building markets and strengthening supply chains. And for the poor, they include higher productivity, sustainable earnings and greater empowerment”* (UNDP 2008, p.2).

La crescita economica è considerata, in ogni caso, il motore principale per le imprese che sviluppano *inclusive business* (International Finance Corporation 2010). Tuttavia, questo obiettivo è perseguito insieme a quello di *“create value for all”* con la consapevolezza che facendo business con il settore *low-income*, le imprese creano il potenziale per la crescita di nuove imprese mentre migliorano la vita delle persone povere.

Il modello di business inclusivo si basa sul concetto di *“value constellation”*. Questo concetto si riferisce al processo di generazione di valore all'interno della catena del valore dell'impresa, nonché alla rete di valore dei suoi fornitori e partner (Norman e Ramirez, 1993). Da questa prospettiva, l'obiettivo principale del business non è l'impresa stessa, ma il sistema di creazione di valore *“within which different economic actors—suppliers, business partners, allies, and customers— work together to co-produce value. Their key strategic task is the reconfiguration of roles and relationship among this constellation of actors in order to mobilize the creation of value in new forms and by new players”* (Norman and Ramirez 1993, p 66).

Il modello di business inclusivo è anche caratterizzato da un forte legame con l'ecosistema, che è una comunità economica basata sull'interazione di diverse organizzazioni che sono dirette alla produzione di beni e servizi. L'ecosistema comprende l'ambiente, i regolatori, le organizzazioni di supporto e altri attori, come i concorrenti e le comunità vicine. La relazione tra l'azienda e l'ecosistema si basa su una dipendenza reciproca (*co-dependence*) e l'azienda dovrebbe evolvere insieme agli attori nell'ambiente (*co-evolution*) (Marquez et al., 2010).

Il modello di business inclusivo è caratterizzato dalla combinazione e dal trasferimento di conoscenza e tecnologia dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto della piramide (*co-learning*) (Londra, 2008; Whitney e Kelkar, 2004).

L'ultimo principio riguarda la connessione del locale con il non-locale (Londra, 2008). In effetti, i target dei modelli di business inclusivi possono essere: persone a basso reddito locali e non locali, persone a medio e alto reddito (locali e non locali) e organizzazioni locali e internazionali senza scopo di lucro (Michellini e Fiorentino, 2012). Pertanto, un'azienda può acquistare beni prodotti localmente e venderli in mercati non locali, inclusi sia i mercati nazionali più ricchi che quelli internazionali.

Nel considerare queste definizioni, è possibile concludere che il termine *social entrepreneurship* è usato per riferirsi al numero in rapida crescita di organizzazioni che hanno creato modelli per soddisfare in modo efficiente i bisogni umani fondamentali che i mercati e le istituzioni esistenti non sono riusciti a soddisfare. A questo punto dello studio, è utile sottolineare la relazione tra l'imprenditoria sociale e l'innovazione sociale. L'innovazione sociale è, infatti, implicita in queste forme di modelli di business: *“l'innovazione sociale è generata dalla combinazione di componenti del modello di business che creano un'impresa con l'obiettivo di migliorare il benessere della comunità e, allo stesso tempo, garantire la sostenibilità economica e finanziaria.”* (Michellini, 2012).

In questa prospettiva, si analizzano le nuove forme di social business emerse nel settore sanitario in risposta ai bisogni sociali, in particolare il ruolo delle imprese sociali nei confronti di una domanda di salute sempre maggiore e sempre più insoddisfatta.

2.5 Le nuove forme di *social business* che erogano servizi sanitari: le imprese sociali tra non profit e for profit

Negli ultimi anni, in quasi tutte le economie avanzate, si registra una notevole crescita di un nuovo spazio di azione che va oltre le imprese private a scopo di lucro e il settore pubblico, le cui cause sono da rintracciare nella crisi del tradizionale welfare state e nell'aumento delle problematiche sociali e ambientali.

Dopo la metà degli anni '90 è sorta la necessità di trovare un nuovo paradigma anche per la fornitura di servizi sanitari, nello sforzo di raggiungere simultaneamente diversi obiettivi: riduzione dei costi, efficienza allocativa, ma anche partecipazione delle comunità locali e dei cittadini e, in generale, una più profonda integrazione tra bisogno sociale e assistenza sanitaria (Bankauskaite e Saltman, 2007).

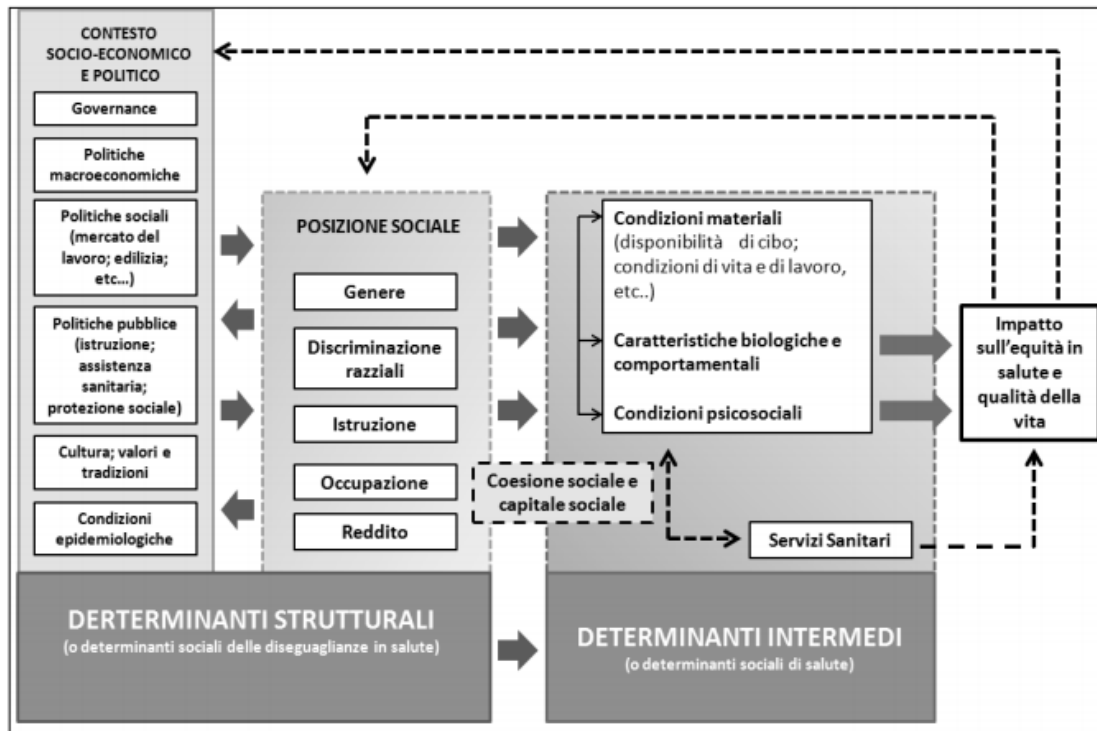
Dal dibattito accademico, emerge un crescente riconoscimento del fatto che fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire o danneggiare la salute pubblica (Marmot e Wilkinson, 2006, Whitehead et al., 2001, Whitehead e Dahlgren, 2007).

Le cattive condizioni di salute dei poveri, il gradiente sociale della salute all'interno dei paesi stessi, e la forte disparità di salute tra i paesi sono causati dalla non equa distribuzione di potere, reddito, beni e servizi, a livello mondiale e nazionale. La conseguente iniquità nelle immediate, visibili circostanze della vita delle persone, come il loro accesso alle cure sanitarie ad esempio, creano una disparità di distribuzione di esperienze dannose per la salute che non è in alcun modo un fenomeno da sottovalutare. Insieme, ai determinanti strutturali e alle condizioni di vita quotidiana, essi costituiscono i cosiddetti “determinanti sociali della salute”.

I determinanti sociali relativi all'accesso all'assistenza sanitaria sono i principali responsabili delle disuguaglianze sanitarie - le differenze ingiuste ed evitabili nello stato di salute osservate all'interno e tra i paesi (Marmot et al., 2008).

Nel 2005 è stata istituita ufficialmente una Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) al fine di studiare e sviluppare le migliori evidenze, sollecitare i governi, le istituzioni locali e la società civile per promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze (Berlinguer, 2006). Recentemente, la CSDH ha sintetizzato tutti gli studi che si sono susseguiti negli anni elaborando uno schema di riferimento comune (Fig. 2.9).

Figura 2.9 – Schematizzazione dei determinanti sociali della salute della CSDH



Fonte: WHO, 2010

Con il termine “determinanti strutturali” si fa riferimento al contesto socio-economico e politico e alla posizione sociale. Questi impattano sulla salute delle persone influenzando la distribuzione iniqua nella società dei “determinanti intermedi” ovvero le condizioni materiali; le caratteristiche biologiche e comportamentali e le condizioni psicosociali.

Inoltre, come è possibile notare dallo schema, pur considerando i servizi sanitari come determinanti intermedi, la CSDH gli ha conferito una posizione e un ruolo specifico. Questo perché hanno un ruolo rilevante per quanto concerne la fruibilità delle cure mediche, la capacità di mitigare le conseguenze sociali di malattia e di ridurre l’esposizione e la vulnerabilità ai fattori di rischio.

Infine, la coesione sociale e il capitale sociale influenzano e sono a loro volta influenzati sia dai determinanti strutturali che da quelli intermedi (WHO, 2010).

Rispetto ai determinanti sociali della salute, oltre al ruolo statutario che i governi devono svolgere nell'affrontare l'emergere di possibili iniquità (Bambra, 2013, McQueen et al., 2012, Wismar et al., 2013), c'è anche un crescente riconoscimento

del ruolo di salute pubblica svolto da attori che sono meno ovvi e che operano al di fuori dei sistemi sanitari formali.

Si tratta di organizzazioni e gruppi all'interno della società civile (Giarelli et al., 2014) che spesso mirano, implicitamente o esplicitamente, ad affrontare aspetti della vulnerabilità sociale (Galea et al., 2005) che sono critici per la salute. Tuttavia il loro lavoro - almeno in termini di salute pubblica - spesso non è riconosciuto, o nel migliore dei casi è sotto-riconosciuto, dai principali interlocutori del settore quali finanziatori di servizi sanitari, ricercatori e politici. Inoltre, gli attori stessi potrebbero non riconoscere l'impatto del loro lavoro in termini di salute pubblica, dal momento che *“their influence on health [is, rather,] a product of their primary intent”* (Hanlon et al., 2012, p 169).

Diversi contributi evidenziano, in particolare, una crescente attenzione nei confronti del potenziale dell'impresa sociale considerata il veicolo privilegiato per la fornitura di una serie di servizi pubblici, in particolare per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale. In questo ambito, l'impresa sociale è spesso discussa in relazione al suo ruolo o potenziale ruolo di fornitore di servizi sanitari e di assistenza sociale, sia come alternativa che come complemento alla fornitura pubblica tradizionale (Hazenbergh and Hall, 2014) oppure in relazione alla capacità di migliorare il coinvolgimento della comunità nella progettazione di servizi, in particolare in contesti rurali (Farmer et al., 2012, Muñoz, 2011). La maggior parte dell'interesse del dibattito accademico è concentrata sulle potenzialità delle *social enterprise* nell'erogazione di servizi sanitari per paesi in via di sviluppo, e in particolare per i mercati e le community *BoP* (Angeli e Jaiswal, 2016; Agarwal et al., 2017; Bhattacharyya et al., 2010; Bocken et al., 2016; George et al., 2015; Mair et al., 2012; Shyama et al., 2016; Srivastava e Shainesh, 2015; Wilson et al., 2012).

L'obiettivo generale delle imprese sociali è, però, lo stesso nei paesi sviluppati e in quelli emergenti, ovvero risolvere i problemi della società attraverso un'impresa che produce profitti. In base al contesto, muta significativamente il loro ruolo: mentre nei paesi sviluppati le imprese sociali potrebbero riempire vuoti istituzionali per gruppi speciali nella società, nei mercati in via di sviluppo tali vuoti sono molto più ampi e diffusi. Oltre quattro miliardi di persone vivono, infatti, in paesi in via di sviluppo

affrontando bisogni insoddisfatti in settori quali istruzione, salute, energia, servizi sanitari e servizi finanziari (Bocken, Fil e Prabhu, 2016).

Per i paesi sviluppati, nonostante la significativa attenzione politica internazionale negli ultimi tempi, più evidentemente da parte della Commissione europea (rappresentata, ad esempio, dalla recente *Social Business Initiative*), ma anche dall'Amministrazione Obama (l'istituzione dell'*Office of Social Innovation and Civic Participation* e il loro *Social Innovation Fund*), ci sono pochissime revisioni sistematiche intraprese nel campo dell'impresa sociale, dell'imprenditorialità sociale e dell'economia sociale in generale applicata al settore sanitario.

Nel contesto europeo, in particolare, si fa riferimento principalmente al terzo settore tradizionalmente inteso, al ruolo delle cooperative e all'istituzione di cooperative sociali multi-stakeholder (Andorlini, 2011; Borzaga e Santuari, 2000, 2001; Thomas, 2004; Zollo et al., 2017).

Il caso più rilevante, e su cui ci sono maggiori ricerche, riguarda il passaggio delle attività dal Servizio Sanitario Nazionale (NHS) alle *spinouts* delle imprese sociali nel Regno Unito (Addicott, 2011; Bertotti et al., 2012; Hall et al., 2012; Roy et al., 2012, 2014, 2016, 2017, Vickers et al., 2016; Wright et al., 2017). Nel contesto della recente riforma del Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra, l'impresa sociale – nell'accezione di impresa con obiettivi sociali le cui entrate in eccesso sono reinvestite per questi scopi (Borzaga e Defourny, 2001; Dees, 1998; Defourny et al., 2014; Kerlin, 2009; Nyssens, 2006) - è considerata una risposta potenzialmente innovativa e sostenibile. In particolare, si rileva la potenzialità dell'impresa sociale come modalità alternativa di fornitura di assistenza sanitaria sponsorizzata dallo Stato (Addicott, 2011; Cook, 2006; Dawes, 2009; Drennan et al., 2007; Harris, 2007; Roy et al., 2013), poiché i fornitori privati e del terzo settore sono incoraggiati, e in parte finanziati dallo stesso ente statale, a entrare nel quasi-mercato dell'assistenza sanitaria sulla base dell'ipotesi che essi siano capaci di essere più innovativi e reattivi rispetto ai loro omologhi del settore pubblico (Allen, 2009; Millar, 2012).

Sulla relazione tra impresa sociale e servizi sanitari, inoltre, la maggior parte degli studi si sono concentrati sui risultati delle *Work Integration Social Enterprise* (WISEs), in cui l'obiettivo principale è il supporto per le persone vulnerabili, come quelle con gravi disabilità fisiche o mentali, e che operano “*along with other*

businesses, within the larger economic structure, but with a view to creating workplace structures that are inclusive and enabling of worker productivity and well-being” (Krupa e Chen, 2013, 197).

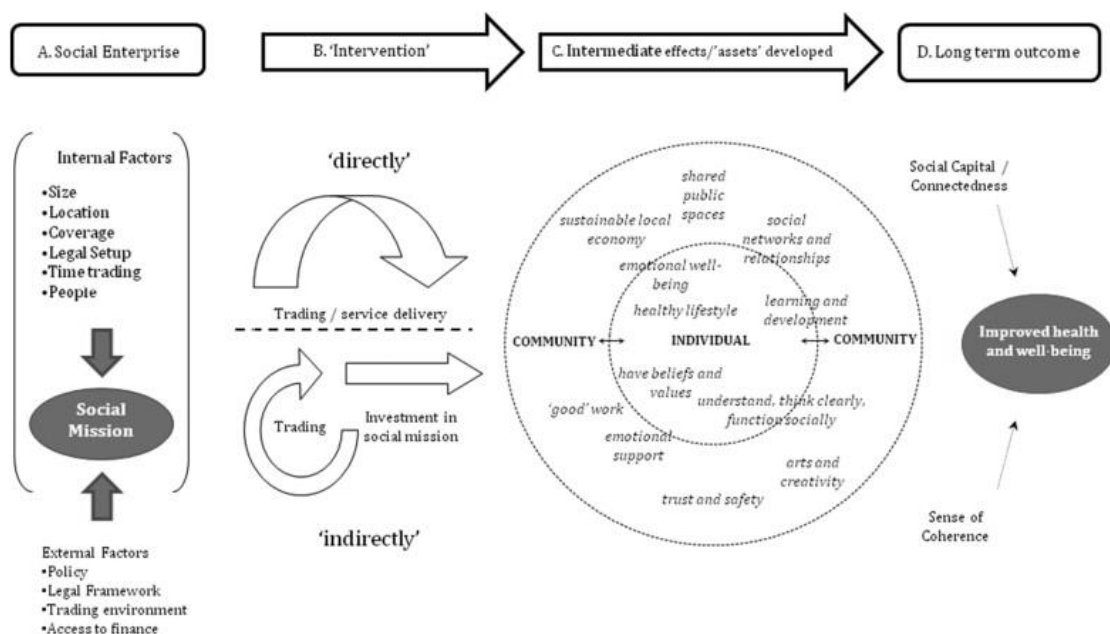
La recente revisione sistematica di Mason et al. (2015, p. ii116) prende, invece, una prospettiva più ampia, valutando l'impresa sociale nella sua capacità di affrontare il tema della disuguaglianza dei servizi sanitari all'interno del più ampio contesto dell'innovazione sociale. Seguendo Mason (2015: p. 120), per cui *“the social enterprise in itself constitutes a process innovation, where improvements to the business model are expected to deliver improvements in service design and accessibility”*, si rafforza l'ipotesi che l'impresa sociale possa essere considerata un modello alternativo di erogazione di servizi sanitari. Sebbene esse affrontino una problematica in termini di misurazione dell'impatto sociale, sicuramente si possono identificare dei benefici prodotti in termini di *“the mobilization of latent or unrealised value through new combinations of (social, cultural and material) resources; growing bridging social capital and purposeful approaches to linking individual knowledge and experience to institutional change”*.

La stessa impostazione è seguita da Roy et al. (2014), che propone un modello concettuale per definire la modalità di intervento delle imprese sociali nell'erogazione di assistenza sanitaria. Da esso si evidenzia la capacità dell'impresa sociale di produrre un impatto positivo sui cosiddetti determinanti sociali della salute, in particolare sull'equità della distribuzione dei servizi sanitari. Gli autori utilizzano un modello in cui si afferma che esiste una catena di causalità a partire dall'attività commerciale dell'impresa sociale fino all'impatto in termini di salute e benessere per le comunità (Fig. 2.10). Naturalmente, nella realtà, è improbabile che la sequenza sia lineare.

Nella sezione A, si osserva che la capacità dell'impresa sociale di soddisfare la sua missione sociale dipenderà da una serie di fattori interni, tra i quali le dimensioni, il contesto, le persone, la ragione sociale, ed esterni, tra cui le politiche, i mercati, i finanziamenti. Essa può intervenire direttamente attraverso una propria attività commerciale che eroga i servizi della missione sociale o indirettamente quando genera profitti da attività commerciale che vengono reinvestiti nel perseguire la missione sociale (Sez. B, Fig 2.10). In entrambi i casi, l'impresa sociale produce beni

ed effetti che, come emerge chiaramente dalla sez. C, sono destinati sia ai singoli individui che alla comunità e che nel lungo periodo produrranno outcome in termini di miglioramento della salute e del benessere sociale (Sez. D, Fig. 2.10).

Figura 2.10 – Il modello concettuale di intervento delle imprese sociali che erogano servizi sanitari



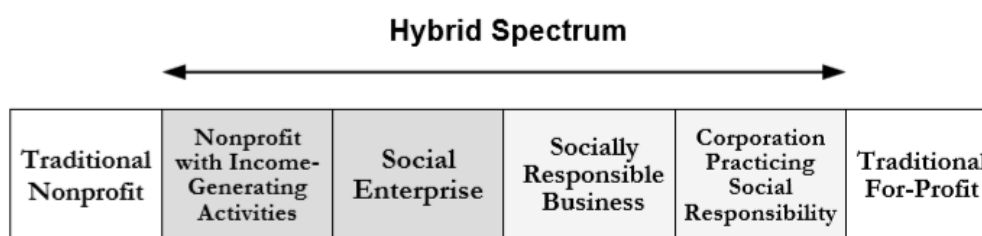
Fonte: Roy et al., 2014

Un aspetto direttamente collegato alla modalità di intervento (Sez. B, Fig. 2.10) è la forma organizzativa e imprenditoriale assunta dalle imprese sociali emergenti in ambito sanitario. Il concetto di imprenditorialità sociale in questo specifico settore abbraccia, infatti, una serie diversificata di iniziative: pratiche di responsabilità sociale d'impresa promosse da singoli imprenditori, imprese tradizionali con una forte missione sociale, organizzazioni senza scopo di lucro, cooperative e imprese profit e non profit nel tentativo di perseguire obiettivi sia economici che sociali (Townsend et al., 2008).

Nell'attività di erogazione di servizi sanitari, molte imprese sociali operano, dunque, come organizzazioni senza scopo di lucro, una forma che è diventata popolare a livello mondiale per l'attività imprenditoriale nel contesto sociale (Slevin e Terjesen,

2011); altre operano, invece, come imprese private *tout court* e destinano i profitti dell'attività commerciale alla missione sociale (Austin et al., 2006). Questa caratteristica rende le imprese sociali, che sono già ibride per la loro duplice finalità economica e sociale, ibride anche dal punto di vista della forma organizzativa (Battilana e Lee, 2014). Le imprese sociali possono, infatti, differenziare ampiamente il loro profilo lungo lo spettro ibrido (Fig. 2.11), a seconda della loro maggiore vicinanza alle realtà non profit o alle strutture tradizionali for profit (Alter, 2007; Bocken, Fil, e Prabhu, 2016).

Figura 2.11 – Spettro dell'ibridazione organizzativa



Fonte: Alter, 2007

Dalla spettro emergono quattro tipologie di ibridi organizzativi. Sul lato destro dello spettro ci sono entità for profit che creano valore sociale ma i cui motivi principali sono la creazione di profitti e la distribuzione del profitto agli azionisti. Sul lato sinistro dello spettro ci sono organizzazioni non profit con attività commerciali che generano valore economico per finanziare programmi sociali, ma il cui principale motivo è la realizzazione della missione come dettato dal mandato delle parti interessate.

Di seguito, nella Tabella 2.2, si propongono due principali tipologie di impresa sociale derivanti dal mix tra l'iniziale forma organizzativa e il focus del loro obiettivo.

Tabella 2.2 - Principali tipologie di impresa sociale in ambito sanitario

Iniziale forma organizzativa	+	Ampliamento del focus	= Tipologia di impresa sociale
For-profit (FP) (connaturata all'attività commerciale)	+	Missione sociale	= FP impresa sociale
Nonprofit (NPO) (connaturata alla missione sociale)	+	Attività commerciale	= NPO impresa sociale

Fonte: elaborazione propria

La forma di impresa sociale a scopo di lucro (FP) è il risultato della combinazione di una forma organizzativa o giuridica a scopo di lucro con un'esplicita missione sociale.

La forma di impresa sociale senza fini di lucro (NPO) è il risultato della combinazione di una forma organizzativa o giuridica senza scopo di lucro con attività commerciali che generano reddito da lavoro che consente all'organizzazione di adempiere alla missione sociale.

E' evidente, dunque, che l'impresa sociale si colloca come una sorta di ibrido organizzativo tra l'essenza puramente filantropica del non profit e quella interamente commerciale dell'impresa for profit, generando una forma organizzativa che ha proprie caratteristiche e peculiarità (Fig. 2.12).

Figura 2.12 – L'impresa sociale nella bipolarità profit e non-profit

	NPO organizzazione puramente filantropica	<div style="text-align: center;"> ←.....→ Impresa sociale </div>	FP organizzazione puramente commerciale
Motivazione	Missione sociale		Domanda di mercato
Obiettivo	Valore sociale		Valore economico
Beneficiari	Costo nullo o limitato per accedere ai servizi		Prezzi di mercato
Capitale	Donazioni o fondi pubblici		Capitale
Risorse umane	Volontarie		Dipendenti
Gestione del profitto	Diretto alle attività proprie dell'organizzazione non profit (richiesto dalle legge o dalle politiche organizzative)		Distribuito agli azionisti e proprietari

Fonte: adattato da Dees, 2001

L'impresa sociale opera, dunque, bilanciando la missione sociale con la domanda di mercato, con l'obiettivo di creare sia valore sociale che valore economico. Ha risorse umane dipendenti e al tempo stesso si avvale del supporto di volontari che offrono il loro tempo e le loro competenze e si sostiene sia attraverso grant e donazioni che attraverso il profitto da reddito di impresa. Essa garantisce servizi a prezzi di mercato ma è anche in grado di erogare servizi gratuiti per destinatari che hanno difficoltà ad accedere agli stessi dietro il corrispettivo del prezzo. Infine, una peculiarità fondamentale è la modalità di gestione del surplus che viene reinvestito in attività inerenti la missione o nelle spese operative e/o trattenuto per la crescita e lo sviluppo del business, redistribuendo solo una minima parte ad azionisti o proprietari.

A prescindere dalla forma organizzativa/imprenditoriale, un altro aspetto comune perseguito dalle iniziative di imprenditorialità sociale è la progettazione di processi innovativi relativi al consumatore, diversamente da come inteso nei modelli di business delle imprese tradizionali (Nicholls, 2008). Ancora una volta, si rileva che questi processi sono ormai consolidati in paesi come il Regno Unito. Infatti, durante la metà degli anni '90, molti “*health and well-being centres*” (oltre 300) sono stati istituiti nel Regno Unito per promuovere l'assistenza sanitaria per i cittadini e soddisfare tre requisiti fondamentali (Gaskin e Vincent, 1996):

1. l'approccio ampio e olistico al trattamento e alla salute;
2. la partecipazione dei cittadini di diverse fasce d'età e generazioni come membri attivi, secondo il principio dell'autodeterminazione;
3. le attività integrate progettate per sostenere la salute.
4. Diversamente, in Italia, lo sviluppo delle imprese sociali è strettamente legato alla storia del paese e in particolare alle origini e all'espansione del sistema di *welfare*.

In Italia la crisi del welfare state ha portato all'individuazione di tre possibili scenari per il superamento della crisi stessa (Maino e Ferrera, 2013):

- smantellamento, ovvero la progressiva destrutturazione del sistema attraverso una serie di misure come tagli e forme di privatizzazione;
- mantenimento, ovvero la razionalizzazione delle risorse tra settori, senza mettere in discussione l'impostazione di base;
- rinnovamento, ovvero l'affiancamento di nuovi elementi in una logica integrativa e non sostitutiva, che consenta lo sviluppo di un nuovo welfare.

In particolare, al ruolo dell'attore pubblico si affiancano nuovi attori, già esistenti, a cui dare maggiore considerazione, quali soggetti che dispongono di risorse (aziende, fondazioni, etc.); soggetti che, modificando il rapporto con lo Stato, possono essere nuovi erogatori di prestazioni e servizi (imprese sociali, cooperative, etc.); regioni e governi locali, con nuove funzioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione, in grado di migliorare la cooperazione tra il settore pubblico, il settore privato e il settore privato sociale.

In ambito sanitario, è possibile sintetizzare le strategie adottate in tre diverse linee di intervento, messe in pratica negli anni Ottanta e Novanta:

- razionamento dei servizi sanitari, con il fine di ridurre progressivamente l'impegno statale nell'erogazione dei servizi;
- adozione di misure restrittive sul versante dell'offerta, tra cui i tetti di spesa e la riorganizzazione delle strutture e del personale;
- gestione manageriale della produzione sanitaria con l'introduzione di logiche di mercato proprie delle organizzazioni private, per aumentare i livelli di efficienza e produttività.

La ridefinizione di nuove politiche di welfare appare oggi come uno dei principali obiettivi nel campo della sanità. Accanto all'aumento della domanda di salute c'è infatti un profondo cambiamento che investe la natura e la qualità dei bisogni e che fa riferimento ad una rinnovata importanza di aspetti come l'identità del paziente/utente e la sua dimensione relazionale (Rago, 2012).

Si parla dunque di una nuova categoria, quella di "secondo welfare", che non si sostituisce al primo ma ne è un complemento che interviene laddove il primo è

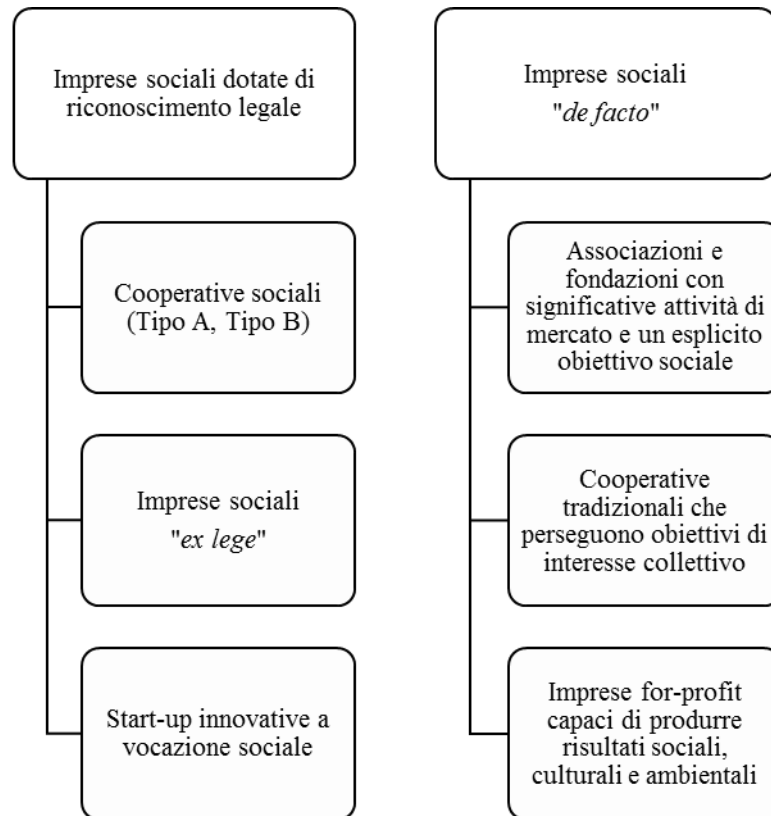
lacunoso o addirittura assente. Nel secondo welfare sono ricomprese le molte iniziative legate ai territori e alle comunità locali; le azioni che emergono dal basso, dalla società civile; quelle che poggiano su nuove combinazioni fra soggetti pubblici, privati e non profit (Maino e Ferrera, 2015).

In questo ambito, si colloca il concetto di impresa sociale che in Italia ha avuto diverse fasi di sviluppo. In una prima fase, le imprese sociali erano identificate principalmente con le cooperative sociali, che sono state attori cruciali nell'evoluzione del Terzo Settore; successivamente, sono state incluse anche le associazioni e le organizzazioni di volontariato, che oggi si stanno spostando verso una posizione imprenditoriale più forte; infine, in una concezione più ampia del termine, oggi anche le società per azioni e le società a responsabilità limitata che hanno deciso di perseguire esplicitamente obiettivi sociali sono considerate parte dell'alveo dell'impresa sociale (ISNET Osservatorio sull'impresa sociale in Italia, 2017).

Negli ultimi tre decenni, il concetto di impresa sociale è stato perfezionato attraverso intense attività legislative emanate per regolamentare questo nuovo tipo di impresa. In particolare, le modifiche chiave sono state introdotte dalla Legge 106/2016 (Riforma del Terzo Settore) che definiscono l'impresa sociale come *“organizzazione privata che gestisce attività imprenditoriali per scopi civici, di solidarietà e di utilità sociale e distribuisce profitti principalmente per raggiungere il proprio scopo sociale adottando modalità di gestione responsabili e trasparenti e favorendo la maggiore partecipazione possibile di dipendenti, utenti e altri soggetti interessati alle sue attività”*.

Nella panoramica delle imprese sociali italiane, è possibile, dunque, riconoscere sia imprese sociali legalmente riconosciute sia imprese sociali che sono di fatto riconosciute come tali (Fig. 2.13)

Figure 2.13 - Le tipologie di impresa sociale che erogano servizi nel settore sanitario italiano



Fonte: adattato da Euricse, 2016

Le imprese sociali legalmente riconosciute in primo luogo coinvolgono cooperative sociali di tipo A, che erogano servizi socio-sanitari e educativi, e cooperative sociali di tipo B, che aiutano e integrano persone svantaggiate nel mondo del lavoro.

Sono, invece, definite imprese sociali “*ex lege*” quelle disciplinate dal Decreto legislativo 118/2005 e dalla Legge 106/2016, comprese le società di azionisti che soddisfano i criteri legali stabiliti dalla legge sull'impresa sociale, e le start-up che perseguono una missione sociale pubblica, attraverso investimenti socialmente responsabili in specifici settori di ambito sanitario, in accordo con la Legge 221/2012 (ad es. strutture sanitarie quali ospedali, centri per le cure primarie, etc.).

Le imprese sociali “*de facto*”, invece, coinvolgono associazioni e fondazioni senza scopo di lucro con un obiettivo sociale esplicito, impegnate in attività economiche, in

una varietà che va da organizzazioni molto piccole a grandi imprese che gestiscono ospedali e centri di ricerca. Questo gruppo comprende anche le società di mutuo soccorso. A questi, si aggiungono le cooperative tradizionali che si occupano della fornitura di servizi di interesse generale alla comunità e le imprese for profit che forniscono servizi per una missione sociale e in modo socialmente responsabile.

Consultando i dati camerali, a fine 2013, le organizzazioni che avevano assunto la qualifica di impresa sociale (secondo la legge 118 del 2005) erano 774, a cui andrebbero aggiunte 574 organizzazioni che nella ragione sociale riportano la dizione “impresa sociale” pur non essendo iscritte nell’apposita sezione del Registro Imprese. Alle imprese sociali *ex lege*, inoltre, si possono assimilare anche le 12.570 cooperative sociali che, nei fatti, presentano le stesse caratteristiche costitutive, tanto che la riforma del Terzo settore intende riconoscere in automatico a tali imprese la qualifica (Venturi, Zandonai, 2014)

Si conferma in crescita anche la tendenza che vede le imprese for profit operare nei diversi ambiti sociali che si possono annoverare sotto il nome di “servizi alla persona”, soprattutto in quelli a più elevata rilevanza economica come la sanità, ma presenti sempre più anche in comparti come i servizi ricreativi e culturali. Secondo i dati del Rapporto Iris Network sull’impresa sociale in Italia (Venturi, Zandonai, 2014), le imprese di capitali operative nei settori di attività previsti dalla Legge 118/2005 sull’impresa sociale a fine 2011 erano 61.776, con oltre 400mila addetti.

A queste si aggiungono, le startup innovative a vocazione sociale che sono società di capitali con sede principale in Italia, costituite anche in forma cooperativa da non più di 5 anni, non quotate, con meno di 5 milioni di fatturato annuo, che non possono distribuire gli utili e che devono produrre, sviluppare e commercializzare beni e servizi innovativi a livello tecnologico. Un aspetto importante riguardante le startup innovative a vocazione sociale è quello della misurazione del loro impatto come prerequisito per determinare il contenuto della loro missione. In una prima fase di implementazione di questa forma imprenditoriale, infatti, quest’ultima era collegata dall’appartenenza o meno ai settori di attività previsti dalla normativa sull’impresa sociale (D.lgs. n. 155/2006). Tale scelta iniziale è stata successivamente sostituita da una modalità tale per cui una startup innovativa a vocazione sociale può appartenere anche ad altri settori innovativi a elevato contenuto tecnologico che possono

impattare sul benessere della collettività. Per tale ragione, le startup a vocazione sociale sono obbligate a redigere e trasmettere annualmente al sistema camerale un “Documento di descrizione dell’impatto sociale” generato. La modifica ha portato un incremento delle SIAVS del 160% tra la fine del 2015 e luglio 2016, portandole oggi a 99 (1,6% del totale delle startup innovative).

Nel processo di cambiamento del settore sanitario italiano, si registra dunque l’accesso di nuovi attori che, come cooperative, imprese for profit con forte missione sociale e start up innovative a vocazione sociale, stanno consolidando il ruolo dell’impresa sociale come modello alternativo nell’erogazione di servizi sanitari. L’utilizzo di questi modelli organizzativi consente lo sviluppo di nuove forme di cooperazione tra organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non-profit e incentiva la relazione tra pazienti e personale medico. Pertanto, l’impatto di tali iniziative, nell’alveo della più ampia prospettiva dell’innovazione sociale, viene osservato in termini di diffusione di un nuovo insieme di comportamenti, routine e pratiche di lavoro volte al miglioramento dei risultati sanitari, dell’efficienza amministrativa, del rapporto costi-efficienza e dell’esperienza dell’utente finale (Greenhalgh et al., 2005). In particolare, rispetto a quest’ultimo punto, gli attori coinvolti in queste esperienze innovative adottano una prospettiva in cui è fondamentale l’aumento della consapevolezza e della partecipazione del paziente, con cui si cerca di interagire direttamente grazie all’applicazione dei sistemi informativi (Eysenbach, 2008). Gli elementi della partecipazione e dell’originalità dei contenuti, l’applicazione di nuove idee a prodotti, processi e forme organizzative per generare un cambiamento nei livelli di benessere e salute di una comunità e creare valore sociale sono i tratti principali di un modello di imprenditorialità virtuosa che ha come effetto sociale primario quello di consentire anche ai bassi redditi di avere una possibilità di consumo crescente, agevolando l’accesso a tipologie di beni e servizi fino a poco tempo prima negati.

CAPITOLO III

IL MODELLO LOW COST COME INNOVAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO SERVIZI SANITARI: L'ESPERIENZA ITALIANA

Premessa

L'interesse suscitato dal successo del business model low cost, in particolare applicato al settore del trasporto aereo, ha spinto numerosi studiosi ad approfondire il fenomeno e a interrogarsi sulle ragioni del successo. Molti studi hanno, infatti, analizzato il business dei vettori low cost e stimato i benefici derivanti dall'insieme delle scelte operative (Franke, 2004; Doganis, 2005). Tuttavia, si rileva che ancora oggi non esiste un framework validato e una letteratura di riferimento che consentano di descrivere compiutamente questo modello o valutarne la sostenibilità futura, soprattutto se applicato in altri settori.

Sicuramente tra i fattori di successo dei *business model* low cost si segnalano, in particolare, l'intuizione della presenza di una domanda latente, caratterizzata da un'elasticità al prezzo diversa da quella della clientela tradizionale e, inoltre, una particolare attenzione alle condizioni di contesto in cui si realizza l'attività (Plowman, 1994; Cassia, Fattore e Pleari, 2006). Un altro pilastro fondamentale di questo modello di business è che, diversamente da una concezione che collega il *low price* a una minore qualità, il low cost offre una gamma limitata di prodotti senza comprometterne la qualità. Accanto al prezzo, infatti, ci sono altri elementi che connotano il low cost quali la qualità funzionale, i servizi accessori in cui spesso i consumatori riconoscono i punti di forza specifici, i canali di comunicazione e la formula di erogazione che nel loro insieme permettono ai consumatori di identificare il prodotto come tale.

Il connubio tra modello operativo e proposizione di valore ha portato alla formulazione della cosiddetta filosofia *low cost-high value* (Del Vecchio e Rappini, 2011; Cinosi e Rizzo, 2013; Querci, 2013; White, 2014; Querci e Gazzola, 2017). Nell'affermare che un servizio non è venduto a basso prezzo solamente perché di minore qualità, è necessario che la riduzione dei costi non dipenda solamente dalla minor incidenza della materia prima o da un minor livello di qualità in una particolare fase di produzione. L'ottimizzazione deve piuttosto essere riconducibile al più ampio insieme delle attività facenti parte della catena del valore e ciò deve

realizzarsi nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente. L'espressione low cost, quindi, non si riferisce unicamente al prezzo di un prodotto o di un servizio, ma a un vero e proprio modello di business a cui è sottesa una originale filosofia di creazione del valore (Cinosi e Rizzo, 2013).

Alla luce di queste considerazioni, si collocano alcune prime esperienze che, negli intenti dichiarati, si richiamano alla filosofia del low cost applicata al contesto sanitario. Nei settori dove la sicurezza e la qualità del servizio sono dimensioni rilevanti, così come in sanità, l'affermarsi della formula low cost è riferibile a due principali ordini di ragioni. Da un lato, la modifica nei comportamenti di consumo e quindi nelle determinanti dei processi decisionali degli utenti in cui il prezzo alto non è più percepito come sinonimo di qualità e low cost non significa solo basso prezzo; dall'altro, l'affermazione di formule organizzative e tecnologie innovative che hanno consentito alle aziende di proporre beni e servizi a condizioni più vantaggiose, senza per questo ridurre la qualità dell'offerta (Del Vecchio e Rappini, 2013).

Seguendo Bhattacharyya et al. (2010), si delineano alcune delle principali caratteristiche delle organizzazioni che adottano il *business model* low cost per l'erogazione di assistenza sanitaria. Dal dibattito accademico emerge che tali considerazioni sono valide nei paesi in via di sviluppo (Marmot et al., 2008; Prahalad, 2011; Angeli e Jaiswal, 2016; Srivastava e Shainesh, 2015). Seguendo Prahalad "*many global firms are increasingly using the BOP markets as a laboratory for innovation not only for the BOP markets but also for the established country markets*" (2011, p.11), tale modello concepito per i paesi meno sviluppati può essere considerato altrettanto valido anche nelle economie sviluppate dei paesi occidentali in cui la richiesta di nuove strategie, promossa da importanti studiosi del campo (Porter e Lee, 2013), è necessaria al fine di studiare modelli di business innovativi nel settore sanitario, capaci di massimizzare il valore per i pazienti, e allo stesso tempo, ottenere i migliori risultati al minor costo.

Alla luce di queste considerazioni, l'obiettivo di questo capitolo è principalmente quello di analizzare l'applicazione e le caratteristiche del modello di business low cost nel settore sanitario, con uno specifico approfondimento al contesto sanitario italiano nei Paragrafi 3.3 e 3.4.

Nel terzo paragrafo, seguendo Mintzberg (2012), si attesta che, in risposta alla crescente domanda di salute, la soluzione interamente controllata dallo Stato non è stata in grado di garantire un'efficienza sostenibile; d'altra parte, quella interamente controllata dal mercato non è stata in grado di fornire un'alternativa attuabile di servizi sanitari accessibili, in termini di costo. Sulla base di un'analisi dell'evoluzione sociodemografica ed epidemiologica del contesto italiano, si rileva la necessità di trovare modelli di erogazione alternativi in risposta ai crescenti fabbisogni sanitari degli italiani. Poiché il finanziamento pubblico non riesce a garantire una adeguata offerta di servizi e prestazioni, questo genera sia una maggiore pressione sulla spesa privata dei cittadini che l'ampliamento dell'area della sanità negata, cioè delle persone che rinviando o rinunciano alle prestazioni.

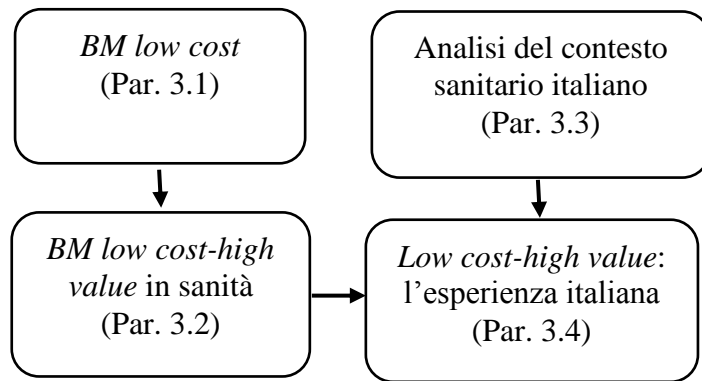
Nel quarto paragrafo, si registra il fenomeno di ingresso di nuovi attori, le organizzazioni *low cost high value*, in quelle aree del sistema competitivo lasciate libere dal welfare state che soddisfano le nuove esigenze del consumatore/paziente che provvede alle cure attraverso pagamenti *out of pocket* (Kachaner et al. 2010).

I principali studi declinano il modello *low cost* applicato al contesto sanitario non solo con il contenimento del prezzo ma con una serie di innovazioni strategiche che mirano a ottimizzare tutta la catena del valore (Johnson, Christensen e Kagermann, 2008). Pertanto, i processi innescati dalle organizzazioni *low cost* non possono essere descritti da una semplice logica di accessibilità, ma hanno creato un modello radicalmente nuovo, soprattutto se confrontato con lo standard offerto dall'assistenza sanitaria privata (Del Vecchio e Rappini, 2011).

Le potenzialità e le peculiarità che possono facilitare l'implementazione del modello nel settore sanitario italiano sono state dimostrate da diversi studi (si veda ad esempio il Rapporto OASI, 2011 e i più recenti contributi di Querci e Gazzola 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2017). Nonostante il crescente interesse e il dibattito esistente su questo tema negli studi organizzativi, ancora insufficiente attenzione è riposta nell'analizzare il *low cost* come un nuovo modello di business recentemente emerso nella settore sanitario italiano e in cui la componente sociale è di grande importanza. Alla luce di queste considerazioni, l'analisi di questa componente sociale e del *low cost* come potenziale modello generatore di processi di innovazione sociale (Phills, Deiglmeier e Miller, 2008; Mulgan, Tucker, Ali e Sanders, 2007), sarà oggetto della

trattazione dei successivi e ultimi due capitoli dell'elaborato incentrati sull'analisi empirica condotta nel panorama italiano.

Figura 3.1 Il processo di ricerca



3.1 Aspetti definitivi del modello di business low cost

L'interesse suscitato dal successo dei vettori low cost ha spinto numerosi studiosi ad approfondire il fenomeno e a interrogarsi sulle ragioni del successo. Molti studi hanno, infatti, analizzato il business dei vettori low cost e stimato i benefici derivanti dall'insieme delle scelte operative (Franke, 2004; Doganis, 2005). Va tuttavia rilevato che ancora oggi non esiste un framework validato e una letteratura di riferimento che consentano di descrivere compiutamente questo modello o valutarne la sostenibilità futura soprattutto in altri settori.

L'iniziatore dell'utilizzo del modello low cost nel settore del trasporto aereo è stato il vettore aereo Southwest, che propone la formula all'inizio degli anni Settanta negli Stati Uniti. Solo più tardi, a partire dalla metà degli anni Novanta, il fenomeno assume rilevanza anche in Europa con Ryanair, seguita poi dal principale competitor EasyJet. Il modello di business sviluppato dai vettori aerei low cost pone alla base delle proprie scelte operative e organizzative la riduzione dei costi per proporre tariffe più basse, anche mediante la rinuncia a una serie di confort e servizi aggiuntivi offerti tradizionalmente a titolo gratuito come, ad esempio, il catering a bordo. Molte sono le scelte innovative adottate, tra cui l'utilizzo di prenotazioni on line, di aeroporti secondari e di flotte aeree monotipo.

Il contenimento dei costi è comunque solo una delle componenti del successo dei vettori aerei low cost. La massimizzazione dei profitti di questi vettori aerei dipende, infatti, in larga parte dalla massimizzazione dei ricavi in quanto, fissato lo *scheduling* dei voli, molti dei costi rimangono sostanzialmente fissi. Il successo del modello low cost del settore dei trasporti aerei si basa in gran parte sulla ricerca di equilibrio tra livelli tariffari, *load factor* e costi operativi. Le scelte di prezzo e l'abilità di queste compagnie nel comprendere le caratteristiche della domanda, sia in condizioni di monopolio, sia all'interno dell'interazione competitiva, rappresentano un fattore determinante per il successo di questo modello di business. Non a caso le politiche di *pricing* dei vettori low cost si differenziano significativamente da quelle dei vettori tradizionali e prevedono il ricorso a forme di ottimizzazione basate essenzialmente sulla discriminazione intertemporale dei prezzi (Zhao e Zheng, 2000; Malighetti et al., 2007).

Accanto a casi di successo vi sono altrettanti casi eclatanti di insuccesso e gli studi effettuati sembrano piuttosto evidenziare come alla base delle performance di vettori come Ryanair non vi sia solo una particolare modalità di controllo dei costi, ma la compresenza di un complesso insieme di scelte effettuate nei diversi ambiti strategici. Da un lato, sembra delinarsi un vantaggio competitivo da *first mover*; dall'altro, una oggettiva difficoltà dei competitori nel replicare il "puzzle" che compone il modello di business della strategia low cost (Alamdari e Fagan, 2005).

Certamente low cost non significa redditi bassi per l'impresa, anzi molto spesso questo modello di business è sotteso a iniziative molto redditizie; la stessa Rayanair è tra le aziende più profittevoli del settore del trasporto aereo.

Tra i fattori di successo si segnala in particolare l'intuizione della presenza di una domanda latente, caratterizzata da un'elasticità al prezzo diversa da quella della clientela tradizionale e, inoltre, da una particolare attenzione alle condizioni di contesto in cui si realizza l'attività (Plowman, 1994; Cassia, Fattore e Pleari, 2006).

Un altro pilastro fondamentale di questo modello di business è che, diversamente da una concezione che collega il *low price* ad una minore qualità, il low cost offre una gamma limitata di prodotti senza comprometterne la qualità. Accanto al prezzo, infatti, ci sono altri elementi che connotano il low cost quali la qualità funzionale, i servizi accessori in cui spesso i consumatori riconoscono i punti di forza specifici, i canali di comunicazione e la formula di erogazione che nel loro insieme permettono ai consumatori di identificare il prodotto come tale.

La relazione convenzionale tra costo del prezzo e qualità nella vendita al dettaglio venne descritta in origine da Porter (1985) che affermava che la congruenza strategica tra prezzo e qualità si verifica quando a prezzi elevati e costi operativi elevati sono associati servizi di alta qualità, mentre a basso prezzo e basso costo operativo è associata bassa qualità (Rosenbloom e Dupuis, 1994) in base alla fase del ciclo di vita di servizio. Per Hollander (1960), le società di servizi entrano nel mercato come operatori *low cost*, *low price*, *low services* e crescendo diventano poi *high cost*, *high price*, *high services*.

Questo paradigma classico sembra essere oggi molto obsoleto e sostituito con un nuovo modello di business sotto il motto "*less is more*". Gli operatori di servizi,

offrendo meno servizi a un costo inferiore, sono, infatti, preferiti e molto apprezzati rispetto alle alternative di mercato.

Il modello low cost si distacca dunque dal paradigma che un prodotto/servizio a buon mercato è sinonimo di scarso valore e ridefinisce la relazione tra prezzo e valore in modo innovativo (Viancos, 2009).

L'elemento fondamentale del modello low cost è, infatti, il concetto di valore che va oltre il mero concetto di valore economico (*value for money*) e comprende la nozione di *customer value* che considera una serie di valori etici che guidano le azioni dell'azienda (Edvardsson e Enquist, 2011).

E' possibile allora delineare una serie di caratteristiche del modello di business low cost che ne fanno un modello di successo:

- fornire un servizio di base e vendere servizi complementari separati, se richiesti; standardizzare la produzione del servizio per ottenere economie di scala; indirizzare l'offerta all'obiettivo del mercato di massa per assicurare un certo livello di domanda;
- considerare una concezione dinamica del prezzo, che tenga conto delle esigenze del cliente in relazione alla capacità dell'impresa stessa;
- investire nei mercati emergenti; avere potere di negoziazione con i fornitori; ridurre il *break even point* convertendo i costi fissi in variabili;
- implementare una catena di distribuzione corta, grazie a Internet e alle nuove tecnologie, che forniscono una piattaforma informativa che è un effettivo punto di vendita (Viancos, 2009);
- selezionare i target o i settori di mercato che sono sensibili al prezzo per acquisire clienti con una politica di riduzione dei prezzi;
- innovare per offrire ai clienti soluzioni che soddisfano bisogni latenti;
- fornire ai clienti un livello elevato di informazioni sul servizio per aumentare il passaparola;
- coinvolgere i clienti per migliorare il loro ruolo di co-creatori di valore (Prahalad e Ramaswamy, 2004);
- realizzare un'intensa politica di comunicazione per incentivare la domanda;

- offrire una proposizione di valore innovativa che si rivolge sia ai clienti già esistenti sia a nuovi potenziali clienti;
- generare notorietà del marchio utilizzando soprattutto azioni quali il *buzz marketing* e le nuove tecnologie, in particolare i *social media*.

White (2004), seguendo il paradigma della creazione di valore e incrociando la dimensione del prezzo con quella del valore percepito, suggerisce cinque opzioni strategiche generiche nelle scelte di business model per ottenere un vantaggio competitivo.

La sua concettualizzazione (Fig. 3.2) è stata adattata dalla teoria iniziale di Bowman e Faulkner (1996). Sull'asse verticale, si colloca il valore aggiunto del prodotto così come viene percepito dai clienti dell'impresa; sull'asse orizzontale, viene illustrato il posizionamento del prezzo.

Figura 3.2 - Strategie per incrementare la percezione di valore aggiunto (V-C)

Perceived value added	High	3. Hybrid	4. Differentiation without price premium	5. Differentiation with price premium
	Medium	2. Low price, standard value	MEDIOCRITY	6. High price, standard value
	Low	1. Low price, low value	8. Standard price, low value	7. High price, low value
		Low	Medium	High
		Price (cost)		

Fonte: adattato da Bowman e Faulkner, 1996

Si delineano otto possibili combinazioni strategiche. Le cinque strategie mostrate nei quadranti 1, 2, 3, 4 e 5 possono essere utilizzate per sviluppare modelli di successo, mentre le strategie dei quadranti 6, 7 e 8 porteranno a un fallimento. Esse implicheranno, infatti, prezzi e costi elevati a valore corrisposto percepito come

standard o inferiore oppure prezzi standard con percezione di valore bassa, entrambi elementi di percezione negativa da parte del cliente finale.

Il quadrante 3 mostra una strategia combinata in cui la capacità dell'impresa di adottare un approccio low cost e allo stesso tempo mantenere alta la qualità percepita determina l'affermarsi dell'impresa come un ibrido in grado di differenziare il prodotto/servizio e collocarsi nel mercato come un'alternativa apprezzata. Si tratta di una possibile combinazione tra leadership dei costi e differenziazioni dei prodotti, in particolare per prodotti che sono per loro natura eterogenei e per qualsiasi servizio o prodotto che ha componenti di servizio significativi.

Dunque, gli elementi distintivi della formula low cost, generalizzabili ai vari settori produttivi, possono essere sintetizzati in due aspetti: da un lato, l'individuazione di un mix ottimale per il cliente; dall'altro, l'individuazione di ottimizzazioni di processo, e dunque di costo, che consentano di offrire al cliente un mix di valore definito a un prezzo competitivo rispetto al mercato (Del Vecchio e Rappini, 2011).

La connessione tra modello low cost e proposizione di valore si ritrova anche seguendo l'impostazione proposta da Assolowcost². Nell'affermare che un servizio non è venduto a basso prezzo solamente perché di minore qualità, è necessario che la riduzione dei costi non dipenda solamente dalla minor incidenza della materia prima o da un minor livello di qualità in una particolare fase di produzione. L'ottimizzazione deve piuttosto essere riconducibile al più ampio insieme delle attività facenti parte della catena del valore e ciò deve realizzarsi nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente. Questo approccio delinea la cosiddetta filosofia *low cost high value* (Del Vecchio e Rappini, 2011; Cinosi e Rizzo, 2013; Querci, 2013; White, 2014; Querci e Gazzola, 2017). Perché un'impresa o una linea di prodotti o servizi possa aderire a tale modello devono essere soddisfatti specifici parametri etici, produttivi ed economici. Tale filosofia produttiva, infatti, è basata su un modo di produrre e commercializzare moderno e più efficiente in grado di generare elevati vantaggi per i consumatori, per le imprese e per il sistema paese. I comportamenti richiesti devono essere in linea con quanto

² Assolowcost è l'associazione delle imprese che operano sul mercato adottando la strategia low cost; fondata nel 2007, è la prima in tale ambito in Europa e nel mondo. L'associazione ha come primo obiettivo di individuare e rendere conto al mercato delle differenze tra prodotti e servizi low cost di qualità e il semplice low price; inoltre, è impegnata nello studio e nella definizione di questo nuovo fenomeno, curandone in particolare l'aspetto etico, attraverso un codice che fa da guida deontologica al comportamento di quanti sono associati. Nel settore della sanità è riscontrabile l'impegno dell'associazione in collaborazione con l'OCPS, Osservatorio dei Consumi Privati in Sanità, per approfondire la conoscenza dei modelli low cost in sanità affinché possano rappresentare un benchmark in termini di efficienza e qualità.

contenuto in un codice etico esplicitamente sottoscritto da ogni impresa. Si richiede poi una descrizione di come l'impresa persegue l'approccio low cost, in particolare in riferimento al business model aziendale; alle scelte strategiche; alle ottimizzazioni nella catena del valore che consentono la riduzione dei costi e al grado di eccellenza qualitativa offerto ai clienti. Infine, fondamentale è il rispetto del parametro rappresentato dal prezzo. Perché si possa parlare di *low cost high value* in riferimento al prezzo (Cinosi e Rizzo, 2013), è necessario che:

- il prezzo base del prodotto sia compreso nell'ultimo quartile della distribuzione del mercato di riferimento in funzione del prezzo;
- il prezzo fissato sul mercato sia comunque superiore al costo operativo totale unitario sostenuto dall'impresa. In tale grandezza di costo deve essere compresa anche la componente relativa alle eventuali quote di ammortamento e di accantonamento; di conseguenza, l'azienda, la linea di prodotti/servizi o l'area di business deve mantenere una redditività positiva;
- le funzioni d'uso basilari del prodotto/servizio (e quindi i suoi fondamentali fattori qualitativi) per la soddisfazione del cliente devono rimanere analoghe a quelle degli altri prodotti/servizi presenti nel mercato. A tal fine, occorre che il prodotto/servizio eserciti una pressione competitiva su una parte almeno dei prodotti di prezzo superiore.

Le imprese *low cost high value* scelgono di perseguire diversi modelli operativi e hanno diversi approcci per sviluppare e adattare la formula low cost, offrendo allo stesso tempo servizi comparabili ad altri disponibili nello stesso campo, come evidente dalla Figura 3.3.

Figura 3.3 - Servizi *low cost high value* in comparazione con altri disponibili nello stesso campo

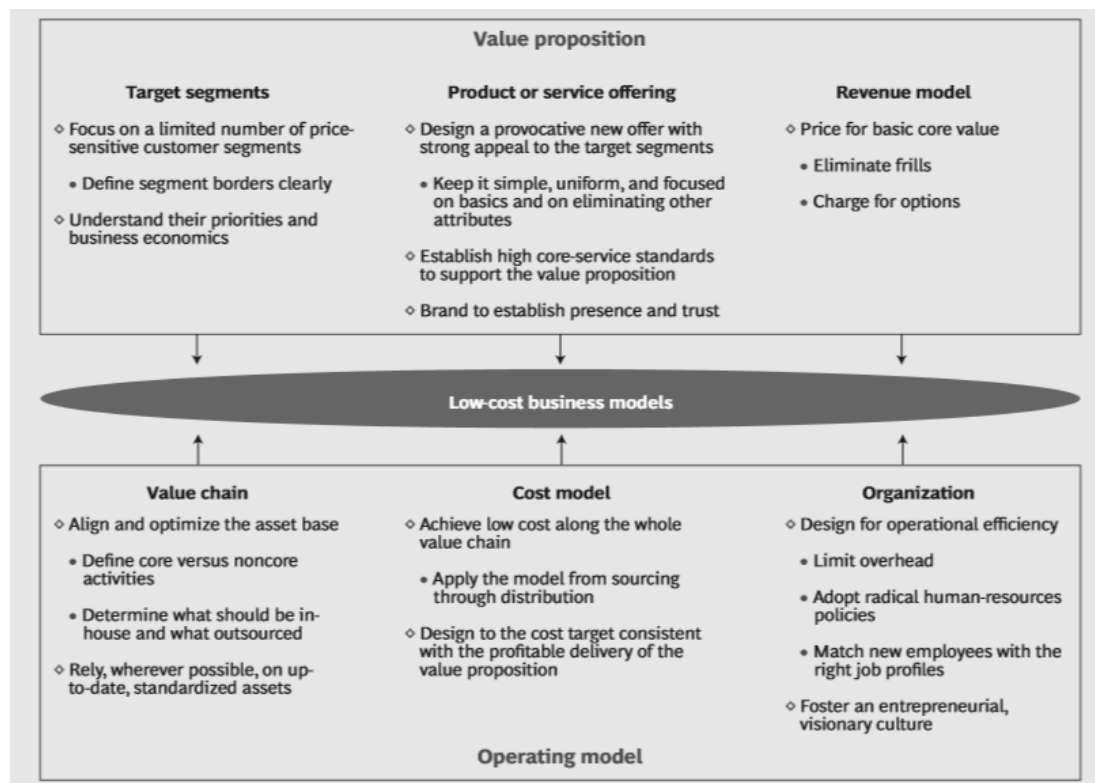
Professional services	Price	Technical level of service	Ease of access to the service	Level of customer service	Shopping experience
Small professional firms	Medium	Intermediate	Intermediate	Intermediate/high	Intermediate
Low cost high value	Low	Intermediate/high	Intermediate/high	Intermediate	High
Large firms	High	Intermediate/high	Intermediate	Intermediate/high	High

Fonte: AssoLowcost Report, 2011

Nell'approfondimento condotto da Assolowcost sui propri associati, emergono in particolare alcuni possibili ambiti di ottimizzazione alla base del successo della formula low cost e che si possono, in prima approssimazione, ricondurre all'adozione di business model innovativi; ad una miglior gestione dei processi produttivi; ad una più efficiente gestione della filiera produttiva, della catena della fornitura e dei flussi informativi; infine, all'utilizzo del canale e-business.

Sebbene non tutti i modelli di business low cost abbiano caratteristiche simili, gli elementi comuni descritti si basano su un insieme di scelte in grado di integrare il modello operativo con la *value proposition* (Fig. 3.4).

Figura 3.4 – Integrazione tra modello operativo e *value proposition*: innovazione del business model low cost



Fonte: Boston Consulting Group, 2010

L'espressione low cost, quindi, non si riferisce unicamente al prezzo di un prodotto o di un servizio, ma a un vero e proprio modello di business a cui è sottesa una originale filosofia di creazione del valore (Cinosi e Rizzo, 2013).

3.2 Il modello low cost applicato ai servizi di assistenza sanitaria

Nel corso degli ultimi anni, il modello low cost si è rapidamente esteso a numerosi altri settori oltre quello del trasporto aereo: dall'arredamento per la casa, ai prodotti di largo consumo, dall'abbigliamento, alla comunicazione.

Nel settore sanitario tale formula rappresenta una novità assoluta che sta conquistando in maniera crescente posizioni di successo e di forza, mostrando grandi potenzialità (Del Vecchio e Rappini, 2013).

Nel settore sanitario, l'approccio low cost si è aggiunto ai tradizionali approcci di segmentazione basati sulla capacità di pagamento (Kumar e Puranam, 2012). Nell'analisi del modello applicato ai mercati BoP, una serie di fattori, quali la

fornitura attraverso canali alternativi, le reti di stakeholder meglio connesse tra loro e una risposta di tipo sociale, hanno generato fiducia e "disponibilità a pagare". Ciò ha in seguito aumentato le dimensioni complessive del mercato del settore sanitario convertendo una larga base di non-consumatori in nuovi possibili consumatori di servizi sanitari (Srivastava e Shainesh, 2015).

Bhattacharyya et al. (2010) hanno studiato i nuovi modelli di business low cost applicati al settore sanitario riuscendo a tracciarne alcune principali caratteristiche.

In primo luogo, le iniziative low cost sono implementate attraverso strategie di *franchising* che da un lato garantiscono e facilitano la rapida espansione e dall'altro consentono una distribuzione sostenibile di prodotti e servizi. La riduzione dei costi operativi avviene attraverso una semplificazione dei servizi sanitari e questo consente sia di ottenere risparmi significativi per il cliente finale sia di attuare un paradigma di erogazione dei servizi ad alto volume/basso costo unitario.

Un'altra caratteristica comune è la *cross-subsidization*, ossia la capacità di gestire i ricavi derivanti da diverse categorie di clienti al fine di massimizzare il valore complessivo prodotto e di ampliare il numero di pazienti effettivamente serviti. In questo modo, i clienti con redditi più alti pagano servizi che l'impresa riesce a erogare a prezzi più bassi, fino alla gratuità, per i clienti poveri che non riescono ad accedere al servizio. Ancora, assicurando un adeguato mix di specialità a basso costo e più costose, il modello low cost è in grado di ottenere sovvenzioni incrociate promuovendo un meccanismo organizzativo in cui i ricavi di una parte delle specialità più costose va a coprire il disavanzo provocato dalle specialità che sono al di sotto del prezzo di mercato.

Il capitale di finanziamento è un prerequisito fondamentale dei modelli di business innovativi. L'innovazione sta nella capacità di raccogliere capitali attraverso canali che tipicamente investono in iniziative private perseguendo la logica di business ma che, allo stesso tempo, hanno un impatto sociale significativo. Un esempio di questa tipologia di finanziamento è l'*impact investing*, che è definito da Cambridge Associates e dal Global Impact Investing Network come "investimento operato da fondi dedicati o da altri soggetti interessati al fine di generare un impatto sociale e ambientale in aggiunta a un ritorno finanziario"³. La finanza ad impatto sociale può

³ Introducing the Impact Investing Benchmark – Cambridge Associates, GIIN (Global Impact Investing Network) – 2015.

essere declinata raggiungendo diversi gradi di equilibrio tra le tre componenti che la caratterizzano: impatto sociale, livello di rendimento e livello di rischio in capo all'investitore. I diversi equilibri possibili tra queste tre componenti circoscrivono un perimetro all'interno del quale declinare la finanza ad impatto sociale.

Gli investimenti ad impatto sociale possono favorire:

- il rafforzamento e lo sviluppo dell'imprenditorialità sociale grazie ad un nuovo flusso di capitali investiti secondo la logica impact;
- il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della spesa pubblica per i servizi di welfare, in particolare per gli interventi di natura preventiva;
- l'allocazione di nuove risorse verso investimenti in aree critiche come il disagio abitativo, l'inserimento lavorativo, la dispersione scolastica, l'accesso e la valorizzazione della cultura, l'erogazione di assistenza sanitaria.

In termini di attività operative, una caratteristica peculiare dei modelli di business low cost è la necessità di ottimizzare le risorse umane. Questa ottimizzazione può essere raggiunta attraverso l'uso di reti professionali disponibili a costi significativamente inferiori, ad esempio, i giovani, ossia le professionalità a basso profilo (Christensen et al., 2000) o piuttosto i professionisti senior che nel lavorare per organizzazioni sanitarie low cost hanno una forte motivazione intrinseca (Mathauer e Imhoff, 2006).

Un altro elemento molto importante nello sviluppo di modelli di business alternativi nel settore sanitario e nell'adozione di modelli low cost è aumentare la sensibilizzazione. L'obiettivo, in questo modo, è quello di regolare la quantità di popolazione servita, puntando allo stesso tempo a coloro che potrebbero trovare conveniente utilizzare fornitori di servizi alternativi a causa della facilità di accesso, oltre che per ricevere assistenza sanitaria a un prezzo inferiore.

Infine, fondamentale risulta la focalizzazione e specializzazione dei servizi da erogare. L'obiettivo è avere molteplici servizi innovativi su un focus ristretto di prodotti da erogare in modo da poter commercializzare su larga scala con maggiore efficienza.

Seguendo Hibbard et al. (2012), le iniziative low cost sono in grado di offrire una scelta soddisfacente di servizi di qualità a prezzi notevolmente inferiori. I punti di forza principali sono la specializzazione, l'attenzione al prezzo e la necessità di coniugare la qualità, il miglioramento continuo dei servizi sanitari e la velocità di accesso. Questi sono tutti aspetti che i sistemi sanitari nazionali non sono sempre in grado di soddisfare; mentre, la qualità e la facilità di accesso rappresentano i punti chiave dell'assistenza sanitaria privata, anche se con prezzi elevati (Del Vecchio e Rappini, 2011).

L'origine del low cost applicato al contesto sanitario risiede nella necessità di riportare al centro la tutela della salute sulla persona, nella progressiva ricerca di autonomia dalla predominanza degli apparati e dei modelli monopolistici di accesso ed erogazione delle prestazioni e nella necessità di maggiore trasparenza (Sinaiko e Rosenthal, 2011). Il modello low cost viene adottato per fornire ai cittadini un'alternativa accessibile rispetto alla tradizionale assistenza sanitaria privata, in termini di prezzo ma non di qualità. Inoltre, questa alternativa va a colmare il gap relativo ai cittadini demotivati e delusi dai tradizionali aspetti negativi dell'assistenza sanitaria pubblica come gli ambiente poco accoglienti, le lunghe liste di attesa, la mancanza di personalizzazione del servizio, etc. (Castelli et al., 2010; Del Vecchio and Rappini, 2011).

Dal punto di vista della domanda, il modello low cost mette di nuovo al centro il paziente/utente e si aggancia alla personalizzazione del rapporto degli individui con la salute, spostando anche il baricentro decisionale verso l'utenza. Dal punto di vista dell'offerta, essa punta all'eliminazione degli sprechi, alla diffusione capillare dell'assistenza attraverso realtà strettamente connesse ai territori e alle comunità e l'applicazione intensa della tecnologia in funzione dello snellimento del sistema con la riduzione dei costi amministrativi e di gestione dei flussi informativi (Castelli et al., 2010).

3.3 Analisi del contesto sanitario italiano tra pubblico e privato

Recenti dibattiti in studi di management hanno evidenziato una crescente inadeguatezza dei modelli di assistenza sanitaria convenzionali per fornire livelli efficaci di servizi a un numero crescente di popolazione.

Come hanno dimostrato Porter e Lee (2013), "*health care leaders and policy makers have tried countless incremental fixes—attacking fraud, reducing errors, enforcing practice guidelines, making patients better consumers, implementing electronic medical records—but none have had much impact*" nel fornire un accesso migliore e più tempestivo alle cure mediche. Questo è ovviamente vero nei paesi meno sviluppati in cui le cure mediche sono spesso fuori dalla portata dei pazienti medi; ma sta diventando sempre più vero anche in paesi benestanti.

Nel corso degli ultimi anni anche nei paesi occidentali ci si interroga, infatti, sulla possibilità di creare nuovi modelli di organizzazione sanitaria, capaci di rispondere alla domanda di salute in contesti sociali sempre più complessi, con nuovi strumenti gestionali da sviluppare, applicare e diffondere sia nella sanità pubblica che in quella privata (Mintzberg, 2011; 2012). Al centro della riflessione di diversi studiosi c'è la constatazione che il modello tradizionale incentrato sul controllo pubblico, dovuto alla predominanza di una logica istituzionale professionale, non è stato in grado di garantire livelli di efficienza in modo sostenibile. Ma anche il modello dell'aziendalizzazione, legato a una logica facente capo a forze di mercato e di business proprie dell'intervento privato, non è stato capace di offrire un'alternativa in grado di garantire servizi sanitari di qualità e accessibili.

La debolezza e la rigidità di questi modelli, nel corso degli ultimi anni, è stata analizzata non solo da Mintzberg, ma anche da altri autori come ad esempio Porter e Teisberg (2006), che hanno studiato i sistemi sanitari di diversi paesi (tra cui gli Stati Uniti) evidenziando le inefficienze sia di soluzioni interamente "*state-controlled*", che di quelle "*market-controlled*". In generale è possibile sottolineare che numerosi sono gli studi che hanno mostrato il fallimento dello Stato e allo stesso tempo del mercato nella gestione, nel sovvenzionamento e finanziamento della cosiddetta economia sociale (Cheng e Mohamed, 2010; Murray et al., 2010; Phills et al., 2008). Mintzberg ha coniato il termine "*The Sector Issue*" relativo alla necessità di cogliere il ruolo del settore sociale nell'assistenza sanitaria come a metà strada tra il settore pubblico e quello privato. Pertanto, il ruolo dell'impresa sociale assume nell'assistenza sanitaria un significato maggiore rispetto ad altre industrie per la promozione di nuovi modelli di assistenza attraverso un'azione a livello di comunità (Mintzberg, 2012; Consiglio et al., 2014).

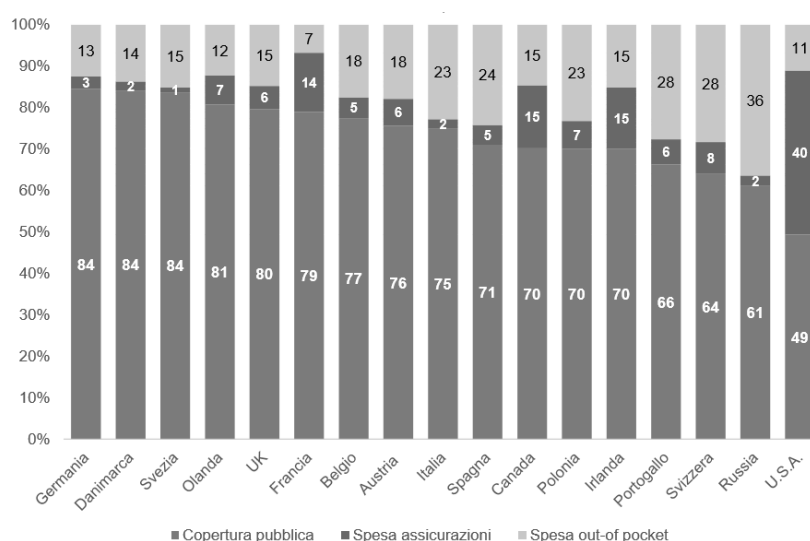
Inoltre, è necessario constatare che la domanda di salute della popolazione a basso reddito in Italia non trova una soluzione nei tradizionali modelli di business perché essi sono anche minacciati dalla crisi socio-economica e dai relativi tagli alla spesa pubblica (Blundel-Wignal, Atkinson e Roulet, 2012).

In Italia, l'esigenza di superare questi approcci e di ricercare nuove forme e modelli organizzativi è collegata a due principali motivi. Da un lato, nell'ultimo decennio, si è registrata una crescita esponenziale della domanda di salute. Dall'altro, si assiste a un crescente ruolo assunto dalle dinamiche di mercato nell'ambito dei servizi sanitari, registrando un aumento della spesa sanitaria privata che inevitabilmente genera un considerevole impatto negativo su gran parte della popolazione.

In particolare, questo ha un impatto negativo sulla popolazione che appartiene a quella che Dovis e Saraceno (2011) chiamano “zona griglia della fragilità sociale” la cui domanda di salute è fortemente ostacolata dalle lunghe liste di attesa (quando si rivolge alla sanità pubblica) e dai prezzi alti (quando si rivolge alla sanità privata) (Fattore e Ferrè, 2012).

La spesa privata in Italia si attesta intorno ai 34,5 Mld di E. ed è strettamente collegata ai livelli di reddito alti delle Regioni (Carbone and Longo, 2015). Il 23% di questa spesa privata è *out of pocket*, ovvero spesa privata non coperta da forme assicurative, ed è uno dei valori più alti in Europa (Cantù, 2017) (Fig. 3.5).

Figura 3.5 – Distribuzione della spesa sanitaria per paese

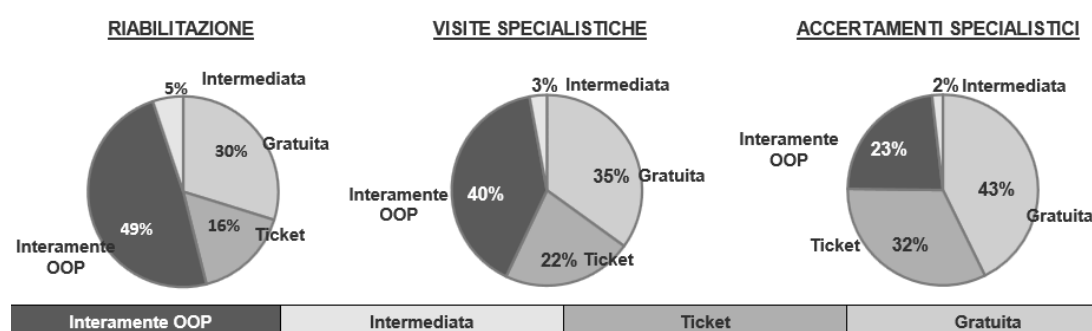


Fonte: OECD - Health Statistics, 2015

Il Sistema Sanitario Nazionale continua a coprire, come confermato nel Rapporto OASI 2018, il 78% dei consumi sanitari del paese, eppure la spesa sanitaria privata rappresenta ormai un mercato consolidato e anche un elemento di incognita riguardo all'equità del sistema sanitario. I consumi privati, infatti, appaiono principalmente correlati al livello di reddito di un territorio: non compensano quindi la scarsa capacità di risposta ai bisogni di alcuni sistemi sanitari regionali. Pertanto, si hanno meno consumi privati proprio nelle regioni con i servizi pubblici più deboli.⁴

I dati dell'Istat confermano che il 40% delle visite specialistiche e il 49% delle terapie riabilitative viene pagato dai cittadini interamente in *out of pocket* (Fig. 3.6).

Figura 3.6 – Distribuzione percentuale delle modalità di pagamento delle prestazioni



Fonte: ISTAT – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2016

Alla crescita della domanda di salute e del mercato dell'assistenza sanitaria privata, si aggiunge il progressivo e al tempo stesso radicale mutamento dei modelli di intervento pubblico per rispondere alla crisi del welfare e delle sue politiche.

Il rapporto con la salute è oggi segnato da forti disuguaglianze sociali e, a sua volta, il funzionamento della sanità amplifica le disuguaglianze stesse, in netta controtendenza con la funzione storica del Servizio sanitario e del welfare di rendere la società più coesa, meno divisa e meno ingiusta garantendo a tutti, a prescindere dal

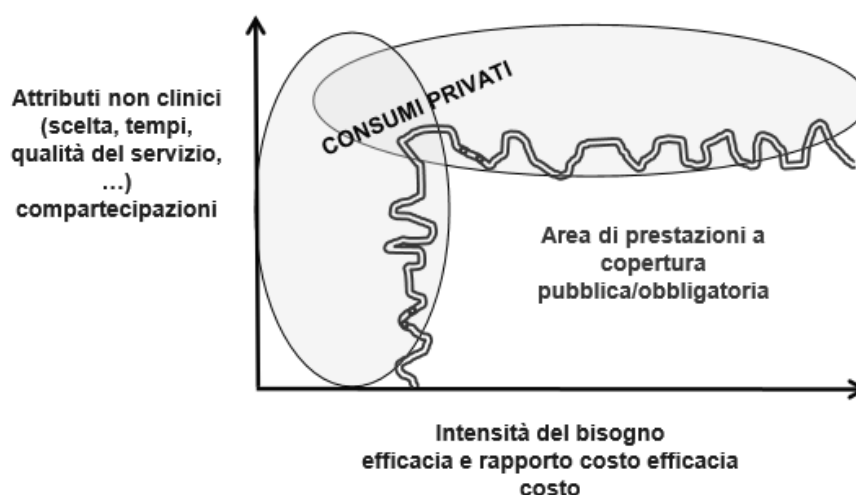
⁴ Per approfondimenti si veda Carbone C., Longo F. (2015), Evidenze del Rapporto Oasi 2015 e prospettive future, in Cantu' E. (eds.), Rapporto OASI 2015. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano.

reddito e da altri fattori di differenziazione socioeconomica, culturale o territoriale, l'eguale diritto alla salute e alla cura.

Dalla ricerca Censis 2017, emerge che i fabbisogni sanitari degli italiani crescono a seguito dell'evoluzione sociodemografica ed epidemiologica e, d'altro canto, il finanziamento pubblico non riuscirà a garantire una adeguata offerta di servizi e prestazioni, cosa che genererà nel tempo sia una maggiore pressione sulla spesa privata dei cittadini che l'ampliamento dell'area della sanità negata, cioè delle persone che rinviando o rinunciano alle prestazioni.

Previsioni consentono di indicare che al 2030, tenuto conto dei trend sociodemografici e di consumi sanitari in atto e di quelli presumibilmente destinati a manifestarsi, la spesa sanitaria di tasca propria dei cittadini potrebbe salire oltre i 46 miliardi di euro, con una variazione reale del +39%. Un incremento che per la gran parte rinvierebbe all'aumento della spesa sanitaria privata in capo agli anziani, dando ulteriore conferma del nesso tra aumento dell'età e del fabbisogno sanitario e spesa privata di tasca propria. In questo senso, ci si orienta sempre di più ad oltrepassare i confini dell'area di prestazioni a copertura pubblica/obbligatoria verso un maggiore ricorso a consumi privati (Fig. 3.7).

Figura 3.7 – Rapporto tra consumi pubblici e privati in sanità



Source: OCPS – Osservatorio Consumi Privati in Sanità, 2017

Gli individui per cercare il soddisfacimento di bisogni unitari in particolare legati ad attributi non clinici, quali i tempi di attesa, la qualità del servizio, la scelta del medico, etc., varcheranno sempre di più il confine tendendo verso l'assistenza sanitaria privata e innescando nuove interdipendenze da governare.

Le politiche per la salute devono ormai partire dal concetto chiave di fabbisogno sanitario che rinvia alle reali esigenze di tutela e cura delle persone, che se non è coperto dal Servizio sanitario e dalle relative risorse pubbliche, finisce per o costringere i cittadini a spendere di tasca propria o, se non hanno risorse, a rinunciare e/o rinviare le prestazioni.

In altre parole, quando l'offerta pubblica del Servizio Sanitario non copre il fabbisogno sanitario, l'equilibrio viene ritrovato con una combinazione di spesa privata aggiuntiva delle famiglie e/o sanità negata, cioè rinuncia alle prestazioni. E quanto più crescono queste due aree, tanto più aumentano disuguaglianze di fatto e razionamenti.

Sempre dalla ricerca Censis 2017, emerge il dato relativo alle persone che in un anno hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche: sono 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016 (Fig. 3.8).

Figura 3.8 – Italiani che hanno rinunciato e/o rinviato per ragioni economiche almeno una prestazione sanitaria nel 2017



Fonte: Censis, 2017

Rinviare e/o rinunciare a prestazioni sanitarie come visite specialistiche, odontoiatriche, accertamenti diagnostici ecc. è ormai un comportamento stabile, consolidato, ordinario, delle famiglie italiane.

E' una forma di sanità negata non più eccezionale o legata a difficoltà congiunturali, ma stabilmente presente nella società, i cui effetti nel lungo periodo toccheranno presumibilmente lo stato di salute medio dei cittadini. Dal 29° Rapporto Italia - Eurispes 2017, il 75,5% degli italiani denuncia problemi di accesso alle cure per le lunghe liste di attesa. Nell'ultimo anno il 31,9% dei cittadini ha rinunciato alle cure dentistiche a causa dei costi eccessivi, il 23,2% a fisioterapia/riabilitazione, il 22,6% alla prevenzione e il 17,5% ha sacrificato persino medicine e terapie.

Oltre ai costi, un altro elemento critico è quello dei tempi di attesa. Nel 2017 è ancora in vigore il piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2020 che regola i tempi massimi di attesa per visite ed esami specialistici, compresa la diagnostica per immagini, nelle strutture pubbliche (Tab. 3.1).

Tabella 3.1 – Tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche

Visite specialistiche	Diagnostica per immagini	Esami specialistici
Tempo max attesa 30 giorni	Tempo max. di attesa: 60 giorni	Tempo max. attesa: 60 giorni
Cardiologica	Ecocolordoppler cardiaca	Audiometria
Chirurgia vascolare	Ecografia addome	Colonscopia
Dermatologica	Ecografia capo e collo	Elettrocardiogramma
Endocrinologica	Ecografia mammella	Elettrocardiogramma da sforzo
Fisiatrice	Ecografia ostetrica- ginecologica	Elettrocardiogramma dinamico (holter)
Gastroenterologica	Ecolordoppler dei vasi periferici	Elettromiografia
Neurologica	Mammografia	Esofagogastroduodenoscopia
Oculistica	RMN Cervello e tronco encefalico	Fondo oculare
Oncologica	RMN colonna vertebrale	Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile
Ortopedica ginecologica	RMN muscoloscheletrica	Spirometria
Otorinolaringoiatria	RMN pelvi prostata e vescica	
	Tac senza e con contrasto Addome inferiore	
	Tac senza e con contrasto Addome completo	
	Tac senza e con contrasto Addome superiore	
	Tac senza e con contrasto Bacino	
	Tac senza e con contrasto Capo	
	Tac senza e con contrasto Rachide e speco verbale	
	Tac senza e con contrasto torace	

Fonte: Fattore e Ferrè, 2012

Dal Rapporto Eurispes 2017, emerge che più di 7 italiani su 110 hanno atteso oltre i limiti fissati; dati che variano per prestazione e per area geografica, come emerge dalla Tabella 3.2. Dalla ricerca Censis 2017, sono 31,6 milioni gli italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazioni sanitaria e, a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico, si sono rivolte al privato.

Tabella 3.2 – Lunghezza in giorni delle liste d’attesa per alcune prestazioni sanitarie per area geografica

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
<u>Visite specialistiche</u>					
Cardiologica	65	51	79	68	67
Ginecologica	42	32	72	41	47
Oculistica	89	104	89	74	87
Ortopedica	53	71	61	77	66
<u>Visite diagnostiche</u>					
Colonscopia	97	50	109	106	93
Mammografia	89	118	127	142	122
Ecografia	42	50	81	74	62
Risonanza magnetica	50	51	110	111	80

Fonte: Censis, 2017

E’ possibile, mettendo a confronto i dati della Tabella 3.1 con quelli della Tabella 3.2, far emergere la forte discrepanza tra quanto previsto dalla disciplina normativa e quanto accade invece nella realtà della sanità pubblica.

Di seguito tre esempi, uno per ogni categoria:

- visita specialistica: per una visita cardiologica l’attesa media è pari a 67 giorni, con una oscillazione tra i 51 giorni del Nord-Est ed i 79 giorni del Centro;
- diagnostica per immagini: per una mammografia 122 giorni, da 89 giorni al Nord-Ovest a 142 giorni al Sud;

- esame specialistico: per una colonscopia si attendono 93 giorni, da un minimo di 50 giorni al Nord-Est ad un massimo di 109 giorni al Centro.

Nel periodo 2014-2017, per la gran parte delle prestazioni sanitarie prese in considerazione si è registrato, inoltre, un allungamento della lunghezza delle liste di attesa:

- le visite cardiologiche sono passate da 59 giorni a 67 giorni, +8 giorni;
- la colonscopia da 87 giorni a 93 giorni, + 6 giorni;
- la mammografia da 62 giorni a 122 giorni, con +60 giorni.

La conseguenza sociale provocata dalle lunghe liste di attesa e dal relativo finanziamento di una spesa sanitaria privata annuale così ingente che pesa sulle tasche dei cittadini italiani è la creazione di un vero e proprio *gorgo di difficoltà e disuguaglianze* che risucchia milioni di persone e che, ad oggi, è troppo poco compreso nella sua meccanica e rilevanza sociale.

In estrema sintesi si rileva che per affrontare spese sanitarie di tasca propria:

- 13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà economiche con una riduzione del tenore di vita (il 74,5% di questi sono persone a basso reddito);
- 7,8 milioni di italiani hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti, amici o presso banche, istituti di credito vari;
- 1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà, sono i cosiddetti "saluteimpoveriti".

Il gorgo si apre con le persone in difficoltà a causa di spese sanitarie di tasca propria e si chiude, in basso, con quelle risucchiate nelle nuove povertà, moltiplicando così le disuguaglianze sociali.

Come conseguenza, nuovi attori stanno entrando nel settore italiano dell'erogazione di servizi sanitari, con l'intento di risolvere i problemi sociali mentre simultaneamente generano profitto. Emerge, in particolare, un nuovo paradigma di innovazione: una connessione tra l'interesse pubblico e gli attori privati in grado di produrre profitto e

cambiamento sostenibile da entrambi i versanti. Questo nuovo paradigma è strettamente collegato al modello di business low cost, che è in grado di offrire servizi a prezzi altamente competitivi e che sono progettati per rispondere al bisogno sociale che non è completamente soddisfatto né dal sistema pubblico, né da quello privato (Castelli, 2010; Consiglio et al., 2014; Querci e Gazzola, 2017).

Nel contesto sanitario italiano, è possibile individuare, dunque, quattro principali modelli di erogazione di servizi sanitari (Fig. 3.9), tenendo in considerazione entrambe le dimensioni dei canali di finanziamento e della forma istituzionale.

Figure 3.9 – Principali modelli di erogazione di servizi sanitari in Italia

FINANCING CHANNELS	Public <i>Out of pocket</i>	accredited private	public
	Private <i>Insurance and integrative funds</i>	private-private	public-private partnership
		Profit	No profit
		Private	Public
		LEGAL FORM	

Source: Del Vecchio and Rappini, 2011

I modelli più interessanti che emergono dalla matrice, oltre il tradizionale settore pubblico e il mercato del privato accreditato, che ha forma privata e finanziamenti pubblici, sono il modello delle partnership pubblico-privato (PPP), e il mercato del privato-privato.

Le prime sono sperimentazioni gestionali che negli ultimi anni gran parte delle aziende sanitarie pubbliche, soprattutto per difficoltà finanziarie, hanno avviato implementando operazioni di esternalizzazione delle proprie attività *core*, sia attraverso partnership finanziarie per la realizzazione di investimenti (*project financing*, concessione di costruzione e gestione), che attraverso la modifica degli assetti istituzionali per la gestione del servizio sanitario con la creazione di fondazioni e società miste (Amatucci et al., 2007; Cappellaro, 2007). Tuttavia, molte

delle operazioni realizzate si sono scontrate con una sostanziale impreparazione tecnica e culturale degli attori in gioco, spesso incapaci di cogliere appieno e di governare la complessità e il cambio di prospettiva proposta dalle collaborazioni pubblico-private (Cicellin e Galdiero, 2009).

Nel mercato privato-privato rientrano, invece, sia le esperienze del privato tradizionale, nelle forme profit e non profit, sia le esperienze recenti per il contesto sanitario italiano del mercato assicurativo e dei fondi integrativi.

Rispetto al più tradizionale sistema di offerta sanitario, nel modello privato-privato rientrano anche tutte le organizzazioni che adottano il modello di business low cost per rispondere alla crescita esponenziale del mercato *out of pocket*. Esse escludono il ricorso a forme di accreditamento con il Sistema Sanitario Nazionale e configurano modelli di business che, pur originando in alcuni casi da motivazioni e finalismi di rilevanza sociale, ricercano la propria sostenibilità nel mercato.

Emerge chiaramente che in Italia l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria è un quadro complesso caratterizzato dalla presenza di attori molto diversi tra loro. Un sistema che non si regge più sui soli pilastri pubblico e privato, ma che vede sempre di più l'ingresso di nuovi attori del cosiddetto mercato sanitario privato non accreditato (De Pietro e Rappini, 2013), cui afferisce sia la diffusione del fenomeno low cost, sia il ricorso a forme di finanziamento delle prestazioni sanitarie intermedie dai fondi integrativi e dalle assicurazioni, che rappresentano una parte del mercato delle strutture sanitarie private non accreditate in qualsiasi ambito assistenziale (ospedaliero, specialistica ambulatoriale, riabilitazione, etc.).

3.4 L'esperienza del modello low cost nella sanità italiana

In questa prospettiva di cambiamento del campo organizzativo sanitario italiano, si collocano alcune prime esperienze che, negli intenti dichiarati, si richiamano alla filosofia del low cost, applicandola al contesto sanitario. Le organizzazioni *low cost high value* sono nuovi attori in quelle aree del sistema competitivo lasciate libere dal welfare state e soddisfano le nuove esigenze del consumatore/paziente che provvede alle cure attraverso pagamenti *out of pocket* (Kachaner et al. 2010).

Se si osserva questo fenomeno dal punto di vista della domanda, i principali fattori potenziali di crescita possono essere trovati nella crescente selettività e attenzione al

prezzo degli utenti e nella richiesta, sempre più diffusa, di migliori condizioni di accessibilità ai servizi, richiesta che il Sistema Sanitario Nazionale non è sempre in grado di soddisfare - o interessato a garantire a fronte di una domanda ritenuta impropria - e che rappresentano storicamente i punti di forza dell'offerta privata.

Dal punto di vista dell'offerta, il rapporto annuale di Assolowcost, sostiene che attualmente, grazie a queste iniziative è possibile ottenere risparmi sui costi delle singole prestazioni sanitarie fino al 30% e godere di servizi a condizioni di accessibilità migliori rispetto all'offerta del mercato privato tradizionale.

In termini di offerta, il modello low cost si sta espandendo in aree di intervento in cui i servizi sanitari regionali (noti come SSR in Italia) non includono la copertura completa come nel caso dell'odontoiatria, del trattamento del diabete, delle analisi del sangue, dei test oculistici, della psicologia e psicoterapia (relative alla sfera dell'assistenza sanitaria secondaria). La qualità dei servizi sanitari, che riduce il numero di trattamenti richiesti, la semplificazione dell'accesso all'assistenza sanitaria e la qualità della relazione medico-paziente emergono chiaramente come gli aspetti più delicati. Oltre alle specializzazioni specifiche e alle finalità del modello low cost, l'obiettivo principale è fornire una qualità dell'assistenza sanitaria che sia un miglioramento delle attuali prestazioni sanitarie (Cinosi e Rizzo, 2013).

Le potenzialità e le peculiarità che possono facilitare l'implementazione del modello nel settore sanitario italiano sono state dimostrate da diversi studi (si veda ad esempio il Rapporto OASI, 2011 e i più recenti contributi di Querci e Gazzola 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2017). I principali studi declinano il modello *low cost* non solo con il contenimento del prezzo ma con una serie di innovazioni strategiche che mirano a ottimizzare tutta la catena del valore (Johnson, Christensen e Kagermann, 2008).

Le formule low cost nella sanità italiana nascono quindi per offrire al cittadino, insoddisfatto dalla bassa qualità dei processi di servizio presenti nella sanità pubblica (ambienti poco curati, liste di attesa troppo lunghe, scarsa individualizzazione dell'offerta, ecc.), un'alternativa accessibile, che limita anche il fenomeno del turismo sanitario (Castelli et al., 2010).

Il settore low cost sta così diventando una reale opportunità per la collettività, presentando tutte le caratteristiche di una formula legata alla ricerca dell'eccellenza e

non alla semplice svendita di un servizio (Castelli et al., 2010). Tale logica va certamente individuata nel processo di attuale cambiamento del welfare italiano già accennato, per cercare di far convivere l'intervento costante dello Stato con la personalizzazione dei bisogni e di una domanda che vuole indicare il suo orientamento. Non è certo possibile trasferire in maniera semplicistica il modello low cost al sistema di welfare, perché troppo diversi sono gli aspetti istituzionali, organizzativi, finanziari, nonché la collocazione, gli ambiti di applicazione e le aspettative degli utenti. Tuttavia, il low cost è un modello sociale che nei fatti si propone di soppiantare le classiche politiche pubbliche inclusive e redistributive alla base dei sistemi pubblici, che, sebbene promettenti, sino a questo momento sono stati spesso deludenti. In altre parole, il low cost cambia l'organizzazione sociale dalla produzione al mercato, nonché i rapporti tra queste dimensioni e tra i vari soggetti che sono coinvolti, e a questo processo globale non può certo essere estraneo il welfare per il ruolo che assolve e la quantità di risorse che assorbe.

Del Vecchio e Rappini (2011) evidenziano alcuni fattori critici di successo del low cost nella sanità italiana e convergenze rispetto alle formule di low cost affermatasi in altri settori:

- la scelta di posizionamento, che intercetta una domanda latente, risponde a istanze sociali emergenti e qualifica alcune iniziative come *first mover*;
- il prezzo, a cui si accompagnano i requisiti di convenienza, chiarezza e trasparenza delle condizioni di fruizione dei servizi, con informazioni dettagliate e comprensibili per un pubblico non specializzato;
- la *customer orientation*, che si sostanzia nel riconoscimento e nella promozione dell'autonomia decisionale dei soggetti di domanda: l'utente è attore e protagonista della valutazione del servizio e il «passaparola» è considerato il principale veicolo di comunicazione. Ciò presuppone la volontà del cliente di condividere esperienze positive con altri e quindi un messaggio corretto e veritiero;
- la configurazione di prodotto, che si caratterizza per l'elevata componente relazionale del servizio, per la valorizzazione del rapporto medico-paziente e,

inoltre, per i requisiti di facilità di accesso, accoglienza e capacità di presa in carico;

- la *shopping experience*, con allestimenti pensati per creare spazi riconoscibili e caratterizzati, dove la qualità si esprime anche attraverso l'equilibrio tra gli aspetti architettonici, funzionali e tecnologici;
- la localizzazione, prevalentemente in luoghi di facile accessibilità e in zone a elevata concentrazione della popolazione target;
- l'utilizzo del canale dell'*e-business*, insieme al «passaparola», che prevede un ampio utilizzo di social network e, analogamente a quanto accade in altri settori, caratterizza l'erogazione dei servizi low cost.

La formula *low cost high value* in sanità si presenta come un percorso di nuova coesione sociale e di creazione di valore. Essa ridefinisce l'offerta sanitaria a prezzi decrescenti perché i prezzi dei servizi sono mediamente inferiori del 30% rispetto al prezzo dei servizi sanitari privati e talvolta inferiori anche al ticket pubblico (Cinosi e Rizzo, 2013). Inoltre modifica l'organizzazione della filiera produttiva e i rapporti e le interdipendenze tra i diversi soggetti pubblici e privati coinvolti (Castelli et al., 2010). Pertanto, i processi innescati dalle organizzazioni low cost non possono essere descritti in una semplice logica di accessibilità, ma hanno creato un modello radicalmente nuovo, soprattutto se confrontato con lo standard offerto dall'assistenza sanitaria privata (Del Vecchio and Rappini, 2011).

Le organizzazioni che adottano la filosofia *low cost high value* condividono obiettivi di redditività economica a lungo termine, nonché quello di totale indipendenza dal Servizio Sanitario Nazionale. Il modello di business che AssoLowcost raccomanda nel perseguire tale approccio si basa sui seguenti fattori di successo:

- fornire informazioni chiare e trasparenti sui prezzi applicati per i diversi servizi; prestare attenzione alle procedure di contatto con il pubblico e di prenotazione, con diverse opzioni per l'accesso remoto ai servizi;
- focalizzare l'erogazione su determinati servizi per poter raggiungere quelle economie di scala necessarie a contenere i costi;

- adottare standard per il controllo della qualità per garantire livelli alti; implementare procedure di acquisto e la sottoscrizione di contratti di fornitura con aziende partner;
- diffondere informazioni sul tipo di lavoro offerto dalle aziende *low cost high value* che si basano principalmente sul passaparola dei clienti, che trasmettono agli altri le loro impressioni positive riguardo ai servizi resi.

Nonostante il crescente interesse e il dibattito esistente su questo tema negli studi organizzativi, ancora insufficiente attenzione è riposta nell'analizzare il low cost come un nuovo modello di business recentemente emerso nella settore sanitario italiano e soprattutto al risvolto della componente sociale, elemento di grande importanza e innovazione. In particolare, l'aspetto del low cost come modello in grado di rispondere alla domanda sanitaria, producendo valore e benefici per la comunità, si presta a un maggiore approfondimento per comprendere se le dinamiche ad esso sottese rimandano al quadro teorico del social business model e dunque se il modello di business low cost può essere inteso come un fenomeno in grado di generare processi di innovazione sociale (Phills, Deiglmeier e Miller, 2008; Mulgan, Tucker, Ali e Sanders, 2007).

CAPITOLO IV

ANALISI EMPIRICA. PARTE I: LE ESPERIENZE ANALIZZATE E IL *SOCIAL BUSINESS MODEL* APPLICATO AL MODELLO LOW COST

Premessa

L'obiettivo del quarto capitolo, e in approfondimento nel quinto, è analizzare le esperienze italiane di *low cost-high value* nel contesto sanitario italiano per poter colmare, con il supporto dell'indagine empirica, un gap di ricerca relativo allo studio della componente sociale del modello low cost applicato all'erogazione di assistenza sanitaria.

Come già accennato nell'introduzione e nei vari capitoli, gli obiettivi dell'intero lavoro sono stati, in sostanza, quelli di:

- esplorare l'entità del fenomeno dell'emergere di nuovi modelli di business in sanità legati alla capacità dell'organizzazione di creare, condividere e trattenere valore (Bhattacharyya, Khor, McGahan, Dunne, Daar, e Singer 2010; George, Rao-Nicholson, Corbishley, e Bansal, 2015; Kim, Farmer, e Porter, 2013; Simanis, Hart, e Duke, 2008; Mintzberg, 2017; Porter e Teisberg, 2006; Porter e Lee, 2013; Prahalad, 2011) che riuscissero a coniugare l'efficienza con la finalità sociale, quali *social business model* e *inclusive business model* (Casadesus-Masanell e Ricart, 2010; Doz e Kosonen, 2010; Teece, 2010; Zott e Amit, 2010; Yunus et al., 2010; Marquez et al., 2010; Osterwalder e Pigneur, 2010; Michelini, 2012);
- analizzare, attraverso i contributi in letteratura, le esperienze di nuovi attori organizzativi come le *social enterprise* (Borzaga e Defourny, 2001; Dees, 2001; Defourny et al., 2014; Kerlin, 2009; Nyssens, 2006) che in ambito sanitario erogano assistenza superando la dicotomia tutto pubblico-tutto privato (Addicott, 2011; Bertotti et al., 2012; Hall et al., 2012; Roy et al., 2013, 2014a, 2014b, 2015, 2017a, 2017b; Vickers et al., 2016; Wright et al., 2017). Tali forme organizzative, emerse in particolare nei mercati *BoP*, hanno la peculiarità di adottare un'innovazione nel modello di business orientata alla scelta dell'approccio low cost, in modo da ridurre i costi unitari ed

erogare servizi ad ampie fasce di popolazione, consentendo lo sviluppo di un'offerta sanitaria inclusiva (Angeli e Jaiswal, 2016; Agarwal et al., 2017; Bhattacharyya et al., 2010; Bocken et al., 2016; George et al., 2015; Mair et al., 2012; Shyama et al., 2016; Srivastava e Shainesh, 2015; Wilson et al., 2012);

- seguendo Prahalad “*many global firms are increasingly using the BoP markets as a laboratory for innovation not only for the BoP markets but also for the established country markets*” (2011, p.11), si assume che i modelli di business delle imprese sociali in sanità, che sono in grado di coniugare la qualità dei servizi con un contenimento dei prezzi e che sono concepiti e studiati nei mercati *BoP*, siano validi anche nel contesto dei paesi sviluppati. Tali paesi, infatti, come conseguenza della crisi globale, fronteggiano il problema di una crescente domanda di salute in contesti sociali sempre più complessi. In risposta a questa istanza della collettività, si collocano alcune prime esperienze di organizzazioni che si richiamano alla filosofia low cost applicata al contesto sanitario, utilizzando il modello *low cost-high value* (Del Vecchio e Rappini, 2011; Cinosi e Rizzo, 2013; White, 2014; Querci e Gazzola 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2017).
- analizzare la componente sociale del modello low cost attraverso le principali dimensioni desunte dal *social business model* (Bhattacharyya et al., 2010; Jhonson et al., 2008; Yunus, 2011; Michelini, 2012) e la capacità del modello, così inteso, di generare processi di innovazione sociale (Phills, Deiglmeier e Miller, 2008; Mulgan, Tucker, Ali e Sanders, 2007; Christensen et al., 2008)

Nonostante la rilevanza del tema, la maggior parte delle indagini condotte in Italia sul modello *low cost* nel sistema sanitario si sono esclusivamente concentrate sulla dimensione del business, senza considerare la componente sociale (Del Vecchio e Rappini, 2011; Querci e Gazzola 2014a; 2014b; 2016a; 2016b; 2017). Soprattutto, allo stato attuale, non esistono studi che concentrano l'attenzione sulla componente sociale che rende questo modello capace di rispondere a una domanda proveniente dalla collettività e produrre impatto sociale in termini di accessibilità, affidabilità e

qualità (Bhattacharyya et al., 2010). Tale aspetto è stato analizzato in letteratura con riferimento ad altri contesti e mercati, come i *BOP markets* e, più in generale, i mercati a basso-medio reddito (Angeli e Jaiswal, 2016; Bhattacharyya et al., 2010; Kim et al., 2013). Inoltre, rispetto a questa dimensione sociale del problema, in letteratura sono state anche analizzate le necessarie innovazioni da adottare nei modelli di business affinché si potesse rispondere ai bisogni della collettività (George, Rao-Nicholson, Corbishley, e Bansal, 2015; Kim, Farmer, e Porter, 2013).

Con riferimento al settore sanitario italiano, nonostante la consapevolezza dell'inadeguatezza ormai dei modelli di gestione tradizionali *state-controlled* e *market-controlled* (Mintzberg, 2017; Porter e Teisberg, 2006; Porter e Lee, 2013) questo aspetto non risulta sufficientemente approfondito.

Alla luce di queste considerazioni, il presente capitolo rappresenta un tentativo di colmare, attraverso un'indagine empirica, questa lacuna di analisi.

Sul lavoro di Querci e Gazzola (2016); Angeli e Jaiswal (2016); Michellini (2012); e Del Vecchio e Rappini (2011), il quarto e il quinto capitolo di questo elaborato hanno l'obiettivo di analizzare il low cost come un modello capace di rispondere alla domanda di salute, producendo al tempo stesso valore e benefici per la comunità. In particolare, l'analisi empirica mira a esplorare le principali caratteristiche del low cost in Italia come *business model* innovativo per favorire l'erogazione di assistenza sanitaria inclusiva per pazienti con bassa fascia di reddito. Analizzando i nuovi attori che stanno entrando nel settore dell'assistenza sanitaria italiana per far fronte ai problemi sociali mentre contemporaneamente generando profitti, si assiste, infatti, all'emergere di un nuovo paradigma di innovazione. Una connessione tra l'interesse pubblico e gli attori privati che producono cambiamenti redditizi e sostenibili per entrambi e che è correlata all'approccio low cost, che fornisce servizi a prezzi altamente competitivi progettati per incontrare il bisogno sociale che non è completamente soddisfatto né dal sistema sanitario pubblico né da quello privato (Consiglio et al., 2014).

Seguendo Michellini (2012), per stimolare il cambiamento e trovare un terreno comune per la creazione di valore condiviso nel settore sanitario, la leva dell'innovazione sociale (Phills et al., 2008; Mulgan et al., 2007; Christensen et al., 2008) può essere considerata la forza trainante. Pertanto, la capacità di tali imprese di

riprogettare il modello di business low cost a fini sociali può essere veicolo di attivazione di processi di innovazione sociale nel contesto sanitario italiano (Picciotti, 2013).

Sulla base di queste riflessioni, il presente elaborato prova a rispondere a due principali domande di ricerca:

RQ1: come analizzare la componente sociale del modello low cost applicato all'erogazione di assistenza sanitaria

RQ2: come il modello low cost è in grado di innescare processi di innovazione sociale nel sistema sanitario italiano

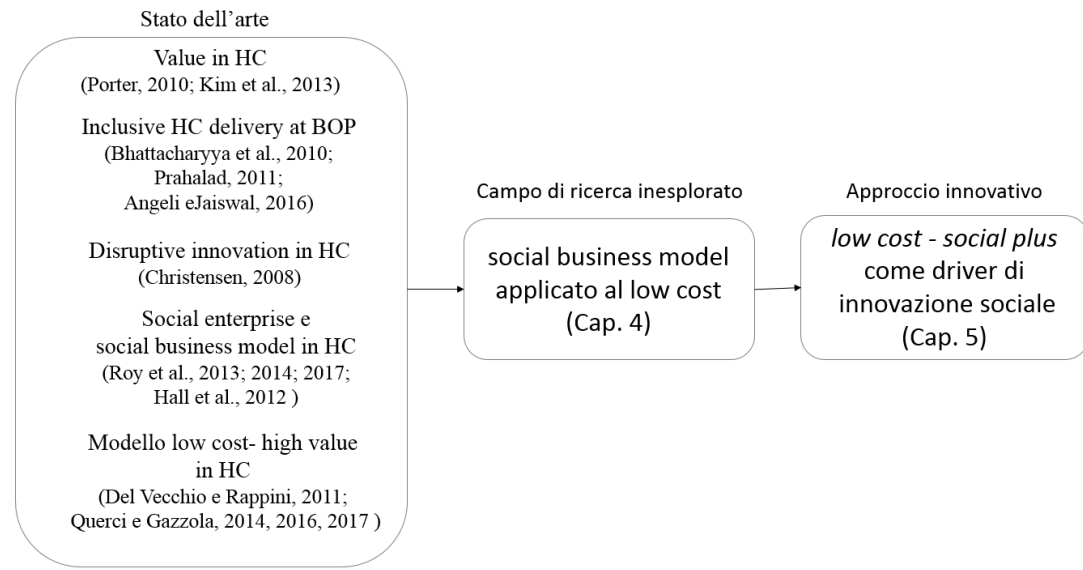
La natura del fenomeno oggetto di indagine ha richiesto un contatto diretto con la realtà, difatti il raggiungimento di conclusioni significative è stato frutto di un'indagine diretta e di interviste con interlocutori privilegiati di alcuni casi dell'esperienza italiana.

L'indagine empirica sarà oggetto dei successivi ed ultimi capitoli, Capitolo 4 e Capitolo 5.

Nel Capitolo 4, dopo una necessaria introduzione metodologica, si analizzano le esperienze italiane di low cost riportando i principali risultati frutto di una analisi desk. Particolare evidenza è data al tema della componente sociale, rispetto alla quale, utilizzando alcune dimensioni mutate dal *social business model framework* (Michelini, 2012) e con il supporto di interviste semi-strutturate ai CEO delle organizzazioni, si rileva l'impronta sociale di quattro casi, scremati dalla mappatura generale.

Nel Capitolo 5, l'analisi si concentra esclusivamente sul caso del Centro Medico Santagostino (CMS). Di esso si presenta una più approfondita analisi del caso studio, ottenuta utilizzando diverse fonti di dati ed effettuando una triangolazione degli stessi. Inoltre, l'indagine della componente sociale nel caso CMS è stata ulteriormente approfondita utilizzando l'analisi narrativa delle interviste, i cui risultati sono presentati nel Capitolo 5.

Figura 4.1 – Processo di ricerca



4.1 Metodologia dell'indagine empirica

Al fine di rispondere alle domande di ricerca che indagano la componente sociale del modello low cost in sanità, lo studio utilizza gli strumenti a disposizione della metodologia qualitativa che si è dimostrata utile quando il fine della ricerca è comprendere la natura dei fenomeni (Miles e Huberman, 1994; Stake, 1995). In particolare, il metodo del *case study* è ideale quando è necessaria un'indagine comprensiva, olistica e allo stesso tempo approfondita di una questione complessa (Feagin, Orum e Sjoberg, 1991) che si tratti di un fenomeno, di un evento o di una organizzazione. Per impostare un'analisi utilizzando i *case study*, il requisito essenziale è che si parta dall'unica motivazione di gettare luce sulla comprensione di fenomeni eterogenei. Questo è un punto comune a tutti gli autori che hanno studiato questo metodo, pur se da approcci differenti (Merriam, 2009; Stake, 1995; Yin, 1994). Un altro punto in comune è che i *case study* hanno prevalentemente una natura esplorativa ed esplicativa e sono utilizzati per ottenere una comprensione maggiore di un fenomeno in *real life setting*. I *case study* sono raccomandati per rispondere a domande di ricerca che si chiedono *how* e *why*, meno frequentemente *what*, di una determinata questione da indagare (Merriam, 2009; Stake, 1995; Yin, 1994).

Come si rileva dalla review di entrambe le letterature su *business model* e su *social business*, l'approccio metodologico opportuno è di tipo qualitativo (Edmondson e Mc Manus, 2007): pertanto, l'analisi empirica si basa su dati raccolti attraverso fonti indotte e interviste e il disegno di ricerca implica un processo esplorativo creando delle connessioni tra la letteratura e i risultati dell'analisi stessa.

L'assunto della ricerca qualitativa è che il significato vero della realtà è determinato dal vissuto esperienziale delle persone ed è mediato attraverso la percezione da parte del ricercatore. Marecek, Fine e Kidder (1997) hanno sostenuto che “*il cuore dell'orientamento qualitativo è il desiderio di dare un senso all'esperienza*”.

Negli ultimi dieci anni, l'utilizzo dell'approccio del *case study* qualitativo (QCS) da parte dei ricercatori è molto più frequente anche nell'ambito della ricerca sanitaria (Anthony e Jack, 2009).

L'uso di molteplici fonti, ricchezza nelle situazioni di vita reale, è descritta come una caratteristica distintiva della metodologia dei *case study* (Merriam, 2009; Stake,

1995; Yin, 1994). Il termine che è stato frequentemente usato per descrivere questo uso di più fonti di dati è la cosiddetta triangolazione (Stake, 2000; Lofland et al., 2006; Henzt, 2012). A differenza di Yin che suggerisce che lo scopo dell'utilizzo di più fonti è quello di aiutare il ricercatore a identificare la convergenza dei risultati, Stake suggerisce che la triangolazione può essere utilizzata dai ricercatori anche per identificare delle divergenze. Nell'analisi empirica sui casi, la triangolazione è stata utilizzata per entrambi gli scopi.

Una delle fonti di dati utilizzate sono state le interviste semi-strutturate rivolte a interlocutori privilegiati. Corbetta (1999) definisce l'intervista qualitativa come *“una conversazione provocata dall'intervistatore, avente finalità di tipo conoscitivo, guidata dall'intervistatore, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione”*. I metodi qualitativi, come l'intervista, consentono di catturare la ricchezza dei temi emergenti nel parlato del rispondente piuttosto che ridurre le risposte a categorie quantitative (Smith, 1995). L'obiettivo di fondo di questo metodo di indagine è quello di accedere alla prospettiva del soggetto (o più in generale del fenomeno) studiato, cogliere le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni, i suoi sentimenti ed i motivi delle sue azioni.

La metodologia di analisi adottata è particolarmente adatta alle caratteristiche dell'argomento. Si sottolinea infatti come il ricorso a forme di intervista qualitativa sia adatto per situazioni nuove, caratterizzate da una certa indeterminatezza e/o fenomeni complessi ancora non chiaramente definiti, proprio come nel caso modello low cost applicato alla sanità e dell'analisi della sua componente sociale.

I vantaggi dell'intervista qualitativa sono nella possibilità di:

1. dare voce a dei soggetti fuori da schemi precostituiti;
2. garantire maggiore flessibilità rispetto al questionario chiuso;
3. rilevare e approfondire aspetti non verbali importanti;
4. comprendere velocemente le dimensioni che caratterizzano il fenomeno da analizzare.

Per quanto riguarda lo strumento di rilevazione dell'intervista semi-strutturata rivolta agli interlocutori privilegiati delle organizzazioni *low cost-high value*, si deve

sottolineare che si tratta di interviste che risultano fra loro assolutamente eterogenee e non immediatamente confrontabili. Ogni intervista può essere interpretata come un caso a sé, con un suo andamento e contraddistinta da proprie caratteristiche peculiari. Questo in ragione del fatto che i personaggi intervistati sono fundamentalmente diversi tra loro e ognuno ha una propria personale storia da raccontare. Quanto detto è coerente con quanto scrive Patton (1990) per il quale l'intervista qualitativa ha lo scopo di capire come i soggetti studiati vedono il mondo, di apprendere la loro terminologia, e il loro modo di giudicare. Quindi l'obiettivo primario dell'intervista qualitativa è quello di fornire una cornice, entro la quale gli intervistati possano esprimere il loro proprio modo di essere (Patton, 1990).

Le interviste sono state effettuate sulla base di una traccia o griglia di rilevazione (si veda Appendice A), in maniera tale da individuare gli argomenti e anche l'itinerario dell'intervista, lasciando all'intervistatore il compito di porre sul tavolo della conversazione i temi che intendeva toccare. L'intervistatore ha lasciato poi che l'intervistato sviluppasse e rendesse palese il suo modo di vedere, mantenendo l'iniziativa della conversazione e spingendolo verso approfondimenti, qualora avesse toccato argomenti rilevanti ai fini della ricerca. Nella concreta realizzazione delle interviste l'intervistatore ha anche svolto un ruolo di controllo, provvedendo ad arginare le divagazioni eccessive, curando che l'intervista non sbandasse verso argomenti del tutto privi di connessione con il tema analizzato.

La particolare complessità del tema ha reso opportuna la scelta di lasciare all'intervistatore la possibilità di decidere il modo in cui impostare e porre le domande. L'intervistatore quindi è stato libero di impostare le domande nel modo ritenuto migliore. Lo strumento di rilevazione approntato presenta, ad ogni modo, un alto grado di dettaglio e di accuratezza, dal momento che oltre all'individuazione dell'elenco degli argomenti da affrontare, si è definita una lista di possibili domande, dal carattere piuttosto generale. Questo modo di concedere l'intervista riconosce ampia libertà sia all'intervistato sia all'intervistatore, garantendo nello stesso tempo che tutti i temi rilevanti siano trattati e che vengano raccolte tutte le informazioni utili alla ricerca

Con la domanda a risposta aperta, una volta trascritta la risposta nell'esatta formulazione dell'intervistato, è stato necessario implementare un'ulteriore fase,

quella della codifica delle risposte (Corbetta, 1999). Questo processo di codifica a posteriori si rivela un grosso limite delle domande aperte, perché comporta una difficoltà in fase di interpretazione delle risposte e un elevato livello di arbitrarietà da parte del ricercatore/intervistatore che può condurre ad una forzatura della risposta originale, paragonabile alla forzatura imposta a priori dalle alternative di risposta della domanda chiusa. Le risposte aperte infatti, possono molto spesso essere contraddittorie, poco chiare, ambigue, troppo generiche.

Alla luce di questo, i ricercatori qualitativi si sono sempre più interessati anche a delle forme di analisi narrativa dei testi perché secondo Polkinghorne (1995: 5), la narrativa è *“linguistic form uniquely suited for displaying human existence as situated action. Narrative descriptions exhibit human activity as purposeful engagement in the world”*.

Per Cortazzi (1993), McAdams (1993), McLeod (1997), Murray (1999) e Crossley (2000) una storia non solo fornisce informazioni sul mondo interiore del narratore o la persona/le persone a cui la storia viene raccontata ma rivela anche una grande quantità di identità, intenzioni e sentimenti della persona che racconta la storia. Allora, l'analisi narrativa è un approccio qualitativo che sollecita e analizza le esperienze individuali come dei racconti, delle storie, considerandoli dei significati per comprendere e costruire il senso di particolari vissuti personali sia attraverso la ricerca che la letteratura (Clandinin e Connelly, 1994).

La narrativa, chiamata anche *“narrative study of lives”* (Josselson, 1996), è riconosciuta come uno dei principali paradigmi di ricerca qualitativa nelle scienze sociali sin dall'inizio degli anni 2000 (Boje, 2001; Czarniawska, 2004; Gabriel, 2000). Le analisi narrative riguardano la realtà come costruita socialmente e studiano le storie delle persone, mettendole a fuoco (Dawson e Hjorth, 2011; Gartner, 2007). Dal lavoro di Czarniawska (1997), l'analisi narrativa è entrata nel dominio organizzativo nella forma di persone che raccontano storie all'interno delle organizzazioni, sulla vita organizzativa e nella forma stessa della narrazione, e la narrazione consente la ricomposizione di frammenti narrativi lungo traiettorie tematiche emergenti.

Secondo questo orientamento, una svolta nei metodi di indagine qualitativa è fortemente arrivata nel 2004 con *Narrative and Discursive Approaches in*

Entrepreneurship (Hjorth and Steyaert) e ancora nel 2007 con *Handbook of Qualitative Research Methods in Entrepreneurship* (Neergaard and Uhløi, 2007). Entrambi i testi di Hjorth e Steyaert (2004) e Neergaard e Uhløi (2007) offrono una varietà di metodi qualitativi che possono essere utilizzati quando si studia l'imprenditorialità come un fenomeno socialmente incorporato. Nell'ambito degli studi *gender*, Datta e Gailey (2012) hanno cambiato in modo innovativo le metodologie *mainstream* utilizzando un racconto persuasivo basato sul caso per esplorare il caso di imprese sociali cooperative le cui proprietarie sono donne.

In anni recenti, l'uso delle storie come metodo primario con cui dare senso all'esperienza ha guadagnato molta attenzione anche negli ambiti di ricerca legati alla salute e alla cura (Holloway, 2005).

Alla luce di tali riflessioni, si è deciso di approfondire le dimensioni dell'analisi legate alla letteratura su *social business model* e *social innovation* applicando l'analisi narrativa all'intervista del caso Centro Medico Santagostino, analizzato come caso singolo nella seconda parte dell'indagine in quanto esempio importante rispetto al fenomeno indagato perché persegue alcune intuizioni che le altre organizzazioni non sono state in grado di seguire (Siggelkow, 2007).

4.1.1 Epistemologia della ricerca

I *case study* possono essere condotti in modi diversi a seconda del punto di vista epistemologico del ricercatore.

Nella più ampia definizione della ricerca sociale è possibile individuare tre paradigmi principali dell'indagine: positivismo (XIX secolo); post-positivismo (XX e XXI secolo) e interpretativismo (XX e XXI secolo). Le tre dimensioni costitutive di un paradigma sono la dimensione ontologica, che indaga la natura della realtà; la dimensione epistemologica, che indaga sulla possibile conoscibilità della realtà; e infine, la dimensione metodologica, che indaga sugli strumenti attraverso cui conoscere la realtà.

Il paradigma positivista studia la realtà sociale utilizzando gli apparati concettuali, le tecniche di osservazione e misurazione, gli strumenti di analisi matematica e i procedimenti di inferenza delle scienze naturali. L'ontologia del positivismo afferma quindi che la realtà sociale ha esistenza effettiva ed è conoscibile, come se si trattasse

di una “cosa”. Dal punto vista epistemologico, esso si basa sul dualismo tra ricercatore e oggetto di studio (che non si influenzano a vicenda in nessun modo), presume di ottenere risultati veri e certi, il suo obiettivo è quello di spiegare e di formulare leggi naturali e generali immutabili. La metodologia positivista prevede quindi esperimenti e manipolazioni della realtà, con osservazioni e distacco tra l'osservatore e l'osservato; il suo modo di procedere è prevalentemente induttivo (dal particolare al generale). Le tecniche utilizzate sono quantitative (esperimenti, statistica) e si utilizzano le variabili.

Il post-positivismo nasce per rispondere alle critiche che erano state avanzate al positivismo. Dal punto di vista ontologico, adotta il realismo critico, per cui afferma che esiste una realtà sociale esterna all'uomo, ma che essa è conoscibile solo imperfettamente, in modo probabilistico. L'epistemologia del post-positivismo prevede il riconoscimento del rapporto di interferenza tra studioso e studiato, che deve essere il più possibile evitato per poter formulare leggi non più assolute, ma limitate nel tempo e soggette alla continua falsificazione per poter arrivare sempre più vicini alla conoscenza assoluta. La metodologia resta sostanzialmente quella del positivismo, anche se c'è un'apertura ai metodi qualitativi.

L'interpretativismo non si propone di spiegare la realtà bensì di comprenderla; in questo modo si pone all'opposto del positivismo per quanto riguarda i punti principali del paradigma. Infatti, la sua ontologia prevede il costruttivismo e il relativismo (realtà multiple), vale a dire che non esiste una realtà oggettiva (ogni individuo produce una sua realtà, e solo questa realtà è conoscibile); inoltre, anche le singole realtà individuali o anche condivise tra i gruppi sociali, variano comunque tra le diverse culture e quindi non esiste una realtà sociale universale valida per tutti. L'epistemologia prevede una separazione tra studioso e oggetto dello studio, la ricerca sociale è vista come una scienza interpretativa alla ricerca di significato piuttosto che una scienza sperimentale in cerca di leggi. Nel perseguire il suo scopo (che è quello della comprensione del comportamento individuale), la ricerca sociale può servirsi di astrazioni e generalizzazioni: i tipi ideali e gli enunciati di possibilità. La metodologia prevede l'interazione tra studioso e studiato, perché solo in questo modo è possibile comprendere il significato attribuito dal soggetto alla propria

azione. Le tecniche sono quindi qualitative e soggettive e il metodo usato è quello dell'induzione (dal particolare al generale).

La Figura 4.2 fornisce una sintesi dei principali paradigmi della ricerca sociale.

Figura 4.2 – I paradigmi della ricerca sociale

	Positivismo	Postpositivismo	Interpretativismo
Ontologia	Realismo ingenuo	Realismo critico	Costruttivismo Relativismo
Epistemologia	Dualismo/oggettività Risultati veri Obiettivo: spiegazione Generalizzazioni: leggi 'naturali' immutabili	Dualismo/oggettività modificati Risultati probabilisticamente veri Obiettivo: spiegazione Generalizzazioni: leggi provvisorie, aperte alla revisione	Non-dualismo; non- oggettività Obiettivo: comprensione Generalizzazioni: enunciati di possibilità; tipi ideali
Metodologia	Sperimentale- manipolativa Osservazione Tecniche quantitative	Sperimentale- manipolativa modificata Osservazione Tecniche quantitative con aperture a quelle qualitative	Interazione empatica tra studioso e studiato Interpretazione Tecniche qualitative

Fonte: adattato da Corbetta, 2003; Marradi, 2007

Nell'approccio al *case study*, secondo il paradigma positivista si stabiliscono in anticipo quali variabili si desidera studiare e si verificano se si adattano ai risultati. Spesso l'attenzione si concentra sulla validazione e conferma della teoria sulla base delle evidenze emerse dai *case study* (Eisenhardt, 1989; Yin, 1994, 2003, 2009; Shanks e Parr, 2003). La criticità dell'approccio positivista è che non tiene conto del ruolo del ricercatore nell'influenzare i risultati dell'indagine.

Diversamente, secondo il paradigma interpretativista, il ricercatore ottiene la comprensione dei processi come percepiti da differenti prospettive, cercando di comprendere i significati sociali individuali e condivisi (Stake, 1995, 2005; Doolin, 2004). La principale criticità può essere spesso la difficoltà di spiegare le conseguenze non intenzionali e trascurare i contesti storici circostanti.

Il ricercatore post-positivista cerca, infatti, la verità attraverso il processo di valutazione, sottolineando il primato del metodo e cercando una verità o una realtà ultima. Per questa tipologia di ricercatori, il controllo, la prevedibilità e la razionalità sono gli elementi principali (Crabtree e Miller, 1999). La ricerca post-positivista ha in sé elementi che la rendono riduzionista, logica, orientata dal processo causa-effetto e deterministica sulla base di teorie a priori (Creswell, 2013).

I ricercatori interpretativisti, invece, affermano che la verità è relativa ed è il risultato della prospettiva di analisi. La scoperta e l'interpretazione si verificano simultaneamente e sono incorporate nel contesto.

Pertanto mentre Yin (2009) sostiene l'uso di un quadro concettuale formale e di proposizioni testate, accettate o confutate man mano che i dati vengono raccolti e analizzati; Stake (2005) ritiene che i ricercatori possono usare un framework concettuale che guidi lo studio, ma non è un elemento obbligatorio.

Posizionare un progetto di ricerca all'interno di un framework paradigmatico è un compito utile che porta il ricercatore a *“riflettere sulle più ampie conseguenze epistemologiche e filosofiche della loro prospettiva”* (Perren e Ram, 2004, p. 95).

La ricerca qualitativa parte da un assunto ontologico che definisce la realtà come una tipologia di proiezione dell'immaginazione, il punto di vista di almeno un attore o una costruzione sociale, che può essere esplorata attraverso una conoscenza dei significati, l'intuizione fenomenologica e processi soggettivi. Pertanto una giustificazione della ricerca qualitativa non è probabile che abbia successo sotto ipotesi positiviste, ed è quindi legata a una posizione epistemologica più soggettiva e fenomenologica. In questa prospettiva il punto di vista degli attori, così come emerge attraverso i casi di studio, è il punto di partenza empirico.

Ogni strategia di ricerca è saldamente radicata in una posizione ontologica ed epistemologica, eppure, come ha dimostrato Bryman (2004), non esiste una correlazione perfetta tra una prospettiva epistemologica e la scelta metodologica attesa.

Sebbene, quindi, lo schema di classificazione dei paradigmi possa essere concettualmente utile, potrebbe essere opportuno attingere a più di un approccio (Crowe et al., 2011). Secondo Doolin (2004), ad esempio, nel momento in cui si intraprende l'analisi di un *case study* con approccio interpretativista, molti ricercatori

ritengono contemporaneamente utile attingere anche ad una prospettiva critica e riflessiva che cerca di tenere conto del più ampio contesto sociale e politico che ha modellato il caso.

Per il lavoro di ricerca, è stato necessario ampliare i riferimenti rispetto all'approccio prevalentemente post-positivista che emerge dalla review della letteratura condotta su *business model* e *social business model*. La carenza nella prospettiva positivista di una capacità di analisi più critica, meno analitica e meno legata al processo causa-effetto, ha condotto lo studio a diversificare necessariamente il paradigma di indagine attingendo alla prospettiva interpretativista. In questo senso, si colloca anche la sperimentazione dell'utilizzo dell'approccio narrativo all'intervista correlato al caso studio, in modo da approcciare al fenomeno indagato in modo induttivo ed esplorativo. La raccolta dei dati avviene così focalizzandosi in profondità su un determinato aspetto e arricchendola di ogni elemento che possa essere utile per descrivere le caratteristiche qualitative delle esperienze che sono oggetto di indagine. A supporto di ciò, viene utilizzata l'analisi narrativa che, infatti, esplora il significato delle storie raccontate dagli individui e le lezioni che da esse possono essere apprese (Creswell, 2007). Secondo Czarniawska (2004), "*narrative is understood as a spoken or written text giving an account of an event/action or series of events/actions, chronologically connected*".

Il focus dell'analisi narrativa può essere identificato con: 1) lo studio di una singola persona; 2) la rilevazione di dati attraverso la raccolta di storie; 3) la presentazione di esperienze individuali; 4) la discussione del significato di queste esperienze per l'individuo (Creswell, 2007). Nel caso di CMS, l'analisi si è concentrata sulla narrazione del CEO dell'iniziativa e insieme ad essa è stato necessario, in accordo con quanto afferma Creswell (2007), provvedere ad analizzare il contesto di riferimento, a stringere un rapporto di collaborazione con i partecipanti e a decodificare le storie in macro-temi di interesse.

Secondo Fritz (2008), in una ricerca sulle metodologie qualitative condotta per la *Johns Hopkins Bloomberg University – School of Public Health*, l'analisi narrativa, in questo modo, è un tipo di ricerca centrato su un caso che cerca di comprendere l'esperienza umana e/o i fenomeni sociali attraverso la forma e il contenuto di storie analizzate come unità testuali.

In alcuni recenti lavori nel settore *family business*, Henry et al. (2015) e Hytti et al. (2016) hanno adoperato una metodologia che si basa sulla combinazione della narrativa con il metodo del *case study*, costruendo un'analisi della narrativa, presentata in macro-categorie, validata attraverso la documentazione istituzionale quale fonte secondaria del *case study*.

4.1.2 Disegno di ricerca

Il disegno di ricerca è la logica che collega lo scopo della ricerca e le domande di ricerca ai processi per la raccolta dei dati empirici e per l'analisi di questi dati, al fine di trarre delle conclusioni (Bloomberg e Volpe, 2008; Rowley, 2002; Yin, 2009). Quando si utilizzano *case study* per scopi esplorativi, le decisioni chiave della ricerca per il ricercatore riguardano il ruolo del precedente framework teorico, l'unità di analisi, il numero e la selezione dei casi, le tecniche da utilizzare per la raccolta dei dati e il metodo con il quale verranno analizzati (Eisenhardt, 1989).

La considerazione da cui parte lo studio è che gli autori che hanno esplorato le nuove forme di *social business*, utilizzando i concetti tradizionali del *business model*, hanno compreso la necessità di adeguare i limiti del framework tradizionale tenendo in considerazione nell'analisi anche le componenti sociali del business (Yunus et al., 2010; Michelini, 2012).

Alla luce di tale considerazione, nell'indagine empirica sul modello low cost per l'analisi della componente sociale sono state evidenziate e selezionate tre dimensioni caratterizzanti nel definire il *social business model framework*:

1. *social value proposition* (Zott e Amit, 2008; Yunus et al., 2010; Angeli e Jaiswal, 2016) che indica la soluzione offerta a un particolare problema o bisogno del cliente caratterizzata dai benefici derivanti dal modello di business attraverso i prodotti e/o i servizi;
2. *social value equation* (Yunus et al., 2010; Michelini, 2012) che descrive il modo attraverso cui un modello di business genera benefici sociali;
3. *surplus/social profit equation* (Johnson et al., 2008; Yunus et al., 2010) che descrive come il modello di business utilizza il surplus economico, ad esempio se decide di reinvestire i dividendi o di distribuirli agli azionisti.

In aggiunta a queste dimensioni evidenziate dal *social business model framework* di Michelini (2012), si tiene in considerazione anche una quarta dimensione relativa al capitale di avvio e alla composizione imprenditoriale (*start-up capital*).

A causa della mancanza di un'adeguata base teorica e della natura emergente del settore, il lavoro segue un approccio di ricerca esplorativa e induttiva (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt e Graebner, 2007) e può essere distinto in due parti principali, Parte I e Parte II.

La Parte I risponde alla prima domanda di ricerca che indaga la componente sociale del modello low cost e tenta di fornire, attraverso una iniziale analisi desk condotta su fonti indotte, una panoramica del fenomeno del low cost in Italia e una scrematura sulla base di quattro criteri desunti dalla letteratura.

Sono stati mappati i casi italiani che erogano assistenza sanitaria usando il low cost come modello di business e ne sono state descritte le principali caratteristiche dimensionali:

- 1) start-up;
- 2) ambito territoriale;
- 3) fase del ciclo di vita;
- 4) specializzazioni cliniche;
- 5) numero di centri;
- 6) forma giuridica;
- 7) orientamento di business.

Le organizzazioni sono principalmente collocate al Nord dell'Italia e operano per la maggior parte nel settore della cosiddetta "sanità leggera". Tale definizione, come etichetta descrittiva di un'area di servizi quali la sanità ambulatoriale privata a basso livello di complessità, è stata coniata e per la prima volta utilizzata da Welfare Italiana Servizi (WIS) al momento di presentare al pubblico il proprio business plan. Conta oggi (esclusi i siti istituzionali di WIS) più di cinquecento ricorrenze su Google ed è stata utilizzata come categoria descrittiva da media nazionali e in documenti istituzionali di livello regionale e nazionale. I prezzi adottati da queste organizzazioni

sono inferiori del 30%-40% rispetto ai prezzi di mercato e l'accesso alle cure è garantito entro 3-5 giorni di lavoro.

La Tabella 4.1, nella pagina seguente, riassume le caratteristiche dimensionali dei casi.

Tabella 4.1 – Mappatura delle esperienze italiane low cost

	Anno di fondazione	Ambito territoriale	Ragione sociale	Fase del ciclo di vita	N. centri	Aree di specializzazione	Orientamento di business
Centro Medico Santagostino	2009	Nazionale	For profit a vocazione sociale	Consolidata	14	Visite specialistiche, diagnostica e medicina del lavoro	Privato for profit
Odonto Salute	2008	Nazionale	Srl	Consolidata	36	Odontoiatria	Privato for profit
Welfare Italia Servizi	2009	Nazionale	Public company	Consolidata	18	Visite specialistiche	Privato for profit
Nuova Città	2010	Locale	Coop. sociale onlus	Crescita	1	Visite specialistiche	Not for profit
Medical division	2010	Nazionale	Srl	Fallimento	10	Visite specialistiche e odontoiatria	Privato for profit
Medici in Famiglia	2014	Locale	Start-up innovativa a vocazione sociale	Start up	2	Visite specialistiche	Not for profit

Fonte: elaborazione propria

Sulla base dell'analisi desk condotta su fonti indotte, sono stati scremati i casi di low cost in sanità in base alla definizione della componente sociale sulla base dei quattro criteri desunti dalla letteratura su *social business model* (Martin e Osberg, 2007; Osterwalder, Pigneur, e Smith, 2010; Yunus et al, 2010; Ebrahim e Rangan, 2010). Questo ha permesso di identificare tra i casi italiani, quattro casi che hanno sia lo scopo della massimizzazione del profitto sia di rispondere al bisogno sociale di salute: “Centro Medico Santagostino”, “Medici in Famiglia”, “Nuova Città”, “Welfare Italia Servizi”.

Tale scrematura e conseguente raccolta di questi quattro casi in risposta alla prima domanda di ricerca è stata validata dall'utilizzo di un ulteriore strumento di indagine, l'intervista semi-strutturata a interlocutori privilegiati. Il piano di lavoro ha previsto l'intervista ai tre CEO di “Centro Medico Santagostino” (CMS), “Welfare Italia Servizi” (WIS) e “Medici in Famiglia”, e al Presidente della Cooperativa “Nuova Città”. Per impossibilità non legate al ricercatore ma all'indisponibilità del soggetto, purtroppo l'intervista al CEO di WIS non è andata a buon fine, pertanto l'analisi di questo caso si basa esclusivamente sulle fonti indotte. La seguente tabella riepiloga gli interlocutori privilegiati intervistati (Tab. 4.2).

Tabella 4.2 – Gli interlocutori privilegiati delle interviste

Caso “Centro Medico Santagostino”	Founder e attuale CEO
Caso “Nuova Città”	Presidente della cooperativa
Caso “Medici in Famiglia”	Founder e attuale CEO

Fonte: elaborazione propria

Tutte le interviste sono state condotte attraverso una prima skype call, e poi hanno previsto un secondo momento di re-call dell'intervistato. Ogni intervista è durata dai 90 ai 180 minuti ed è stata condotta tra Giugno e Luglio 2017.

Le interviste sono basate su un protocollo aperto e ad ampio raggio (Creswell, 1998; Czarniawska, 2004), fornito agli intervistati la settimana precedente alla prima skype call. Sono state condotte sulla base di una serie di domande aperte e guidate da un protocollo consistente di sei parti:

- 1) introduzione e commenti iniziali circa la natura dello studio;
- 2) domande aperte volte a raccogliere dati riguardanti la fase di start up dell'iniziativa;
- 3) domande specifiche volte a indagare la rete di partenariato pubblico e privato e gli attori coinvolti;
- 4) domande aperte volte a raccogliere dati relativi al modello di business e alle politiche di *pricing*;
- 5) domande aperte per sollecitare l'emersione della percezione degli intervistati circa l'impatto e la diffusione dell'iniziativa sulla comunità territoriale di riferimento, sugli attori pubblici e privati di settore e sulle dinamiche del contesto sanitario italiano;
- 6) commenti finali e ringraziamenti.

L'utilizzo di un protocollo mira a stimolare gli interessi degli intervistati nel processo partecipativo di ricerca e promuove l'approccio narrativo, cruciale per il successo delle interviste. Si è ritenuto importante incoraggiare il racconto ritenendo che l'approccio narrativo sia utile per fornire in modo migliore il senso che i soggetti hanno dell'organizzazione e le motivazioni sottese alle loro scelte.

Le domande proposte ai CEO delle imprese e al Presidente della Cooperativa sono riportate nell'Appendice A, mentre i contenuti delle interviste sono riportati nell'ambito della discussione dei risultati presentata nel Paragrafo 4.3.1.

La Parte II tenta di rispondere alla seconda domanda di ricerca che indaga la possibilità che il modello low cost possa essere un veicolo di processi di innovazione sociale. Per rispondere a questa domanda, il lavoro di ricerca si focalizza in modo più approfondito su un caso in particolare, il Centro Medico Santagostino, considerato caso pilota della ricerca. L'analisi di questo caso si è avvalsa anche dell'utilizzo del metodo narrativo sull'intervista che si è ritenuto valido come strumento di rappresentazione degli eventi che circondano l'emergere del modello di business analizzato, così come della definizione della finalità e della motivazione perseguite dal fondatore di questa iniziativa. Attraverso questo approccio, sono state evidenziate una serie di enunciati che sottolineano la componente sociale del modello low cost.

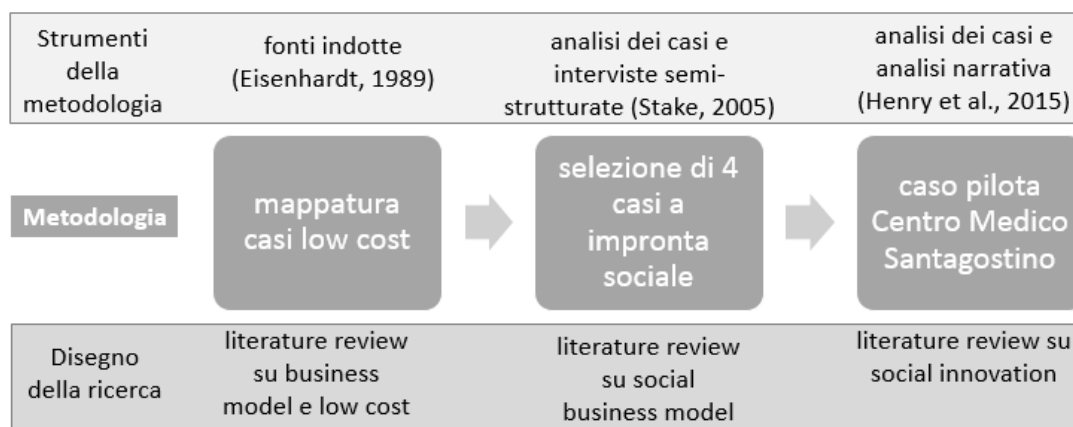
I dati raccolti dall'intervista sono stati organizzati e analizzati, seguendo un approccio narrativo, sempre in base ai quattro criteri desunti dalla letteratura sul

social business model. Inoltre, per contestualizzare meglio l'intervista, è stata effettuata una ulteriore raccolta e revisione di dati da una serie di risorse formali relative alla struttura organizzativa, quali documenti di bilancio, documenti sulla responsabilità sociale, report e brochure, newsletter interna, discorsi e interviste ufficiali, materiale di archivio, website.

A questo punto, le principali caratteristiche descritte dal CEO del Centro Medico Santagostino sono state collegate alle principali definizioni del termine *social innovation* in letteratura (Nicholls e Murdock, 2012; Hoogendoorn, Pennings, e Thurik, 2010; Murray, Caulier-Grice, e Mulgan, 2010; Gerometta, Haussermann, e Longo, 2005).

La Figura 4.3 riassume in un'unica overview i passaggi del disegno di ricerca, indicando le review della letteratura condotte e gli strumenti della metodologia utilizzati.

Figura 4.3 – Il disegno di ricerca dell'indagine empirica



Fonte: elaborazione propria

4.2 Parte I. I principali risultati dell'analisi dei casi

L'analisi empirica tenta di fornire in prima istanza una panoramica delle iniziative di low cost nella sanità italiana.

La Parte I dell'indagine fornisce, in questo paragrafo, i principali risultati dei 6 casi analizzati descrivendone i profili generali, gli standard di qualità, l'organizzazione delle strutture e del personale e il modello di business.

Nel paragrafo successivo, si concentra sull'analisi della componente sociale del modello low cost.

I 6 casi analizzati sono:

1) “Centro Medico Santagostino” (CMS) (14 centri a Milano, 1 centro a Bologna): un network di ambulatori di servizi sanitari specialistici gestiti da Società e Salute spa, un'impresa sociale concepita e promossa nel 2009 da Oltre Venture Capitale Sociale, la prima azienda di *venture capital* italiana con finalità sociali. Questa iniziativa eroga servizi sanitari di qualità a un prezzo accessibile, circa il 30%-50% in meno del mercato private Milanese, anche per quelle specialità che non sono coperte dal SSN o in quelle aree dove il settore pubblico ha liste di attesa estremamente lunghe. Sono coinvolti nell'iniziativa circa 635 professionisti sanitari, tra medici e infermieri e attualmente conta 139 dipendenti;

2) “Welfare Italia Servizi” (WIS) (18 centri in tutta Italia): un gruppo di imprese nato nel 2009, diretto e gestito da CGM, Consorzio Nazionale per la Cooperazione Sociale Gino Mattarelli, la più grande rete italiana di imprese sociali con circa 80 consorzi locali e 1.200 cooperative sociali per un totale di 40 mila addetti, pensato per promuovere servizi sanitari a costi accessibili utilizzando un modello in franchising con centri diffusi in tutta Italia. Tra i centri più significativi su Milano i progetti Jenner 73 (scs onlus) e Solari 6 (impresa sociale srl); su Bologna il caso 3C Salute (impresa sociale scs) e su Siena il progetto Curami (impresa sociale srl);

3) “Nuova Città” (1 poliambulatorio a Capurso, vicino Bari): un poliambulatorio sanitario nato nel 2010 e nasce dall'esperienza maturata all'interno del circolo ACLI “Luisa Bissola” di Capurso che forniva servizi di assistenza infermieristica domiciliare. La realtà della cooperativa nasce dalla costante rilevazione dei bisogni della collettività unita alla necessità di trovare soluzioni di impiego per gli stessi infermieri e per lo staff coinvolto. Nuova Città è una cooperativa sociale di tipo A e mantiene standard molto elevati. Essa mira a erogare gli essenziali servizi infermieristici ambulatoriali e domiciliari, rispettando la mission della clinica ambulatoriale ma al tempo stesso in uno sforzo concertato per migliorare la qualità di

vita dei pazienti e dei loro parenti. Attualmente sono coinvolti nel progetto 20 specialisti già affermati nel loro settore che hanno deciso di dedicare alcune ore al sociale, abbassando in modo sostanziale il proprio onorario;

4) “Medici in Famiglia” (2 centri a Milano): poliambulatori che riuniscono diversi specialità mediche gestiti da una start up innovativa a vocazione sociale fondata nel 2014. I centri offrono servizi sanitari di alta qualità grazie a specialisti provenienti dai maggiori ospedali del distretto sanitario lombardo che condividono la mission del progetto e mettono a disposizione la loro esperienza e le loro competenze. I costi sono più bassi della media di mercato e c'è grande attenzione per il paziente che ha visite garantite con un tempo di attesa massimo di 3-5 giorni. Sono attualmente coinvolti circa 100 specialisti;

5) “Odonto Salute” (36 centri in tutta Italia): un network di cliniche che offrono prestazioni odontoiatriche nate in seguito all'esperienza significativa e di successo del “Progetto Dentale Apollonia”, grazie alla lungimiranza di un gruppo di odontoiatri e di un manager che avendo compreso per primi il cambiamento in atto nell'odontoiatria crearono il prototipo di un modello organizzativo ad alta efficienza. Il successo della prima clinica in Gemona nata nel 2008 in Friuli-Venezia Giulia è stata una iniziativa rivoluzionaria nel mondo delle prestazioni odontoiatriche, arrivando a servire in meno di due anni circa 14.000 pazienti erogando circa 70.000 prestazioni. Questo successo e l'insistente richiesta da parte dei pazienti di un servizio di questo tipo anche in altre città ha portato in soli 4 anni ad avviare altre 5 cliniche, fino ad un totale di 36 cliniche attualmente coinvolte nella rete. Esse si concentrano sui bisogni dei pazienti che ricevono trattamenti di alta qualità a prezzi significativamente ridotti senza compromettere la qualità dei materiali o la formazione del personale.

6) “Medical Division” (10 centri in tutta Italia): una iniziativa private commerciale che attualmente ha chiuso. Era nata dall'idea di una famiglia di imprenditori con il principale obiettivo di “rendere accessibile a tutti un privilegio che oggi è per pochi”. Il centro forniva un numero illimitato di prestazioni di prevenzione e cura a fronte di

un tesseramento annuale e convenzione strutture e medici privati di cui gestisce parte delle agende, saturandone, la capacità produttiva non utilizzata. Dal 2011 sono iniziati una serie di difficoltà a causa di prenotazioni impossibili e di cure iniziate e non terminate, nonostante il regolare pagamento di quanto previsto nel contratto.

4.2.1 I profili generali

Tutte le iniziative analizzate si posizionano secondo una formula privata, dove, differentemente dalle sperimentazioni gestionali, il privato può assumere la forma istituzionale *profit* e *non profit*. Si delineano soluzioni di *venture capital*, come nel caso del Centro Medico Santagostino (CMS), o forme di impresa in stile *public company* ad azionariato diffuso, come nel caso di Welfare Italia Servizi (WIS).

Mentre i centri del CMS sono concentrati esclusivamente sul territorio lombardo, oltre alla sperimentazione bolognese, WIS cresce e si diffonde tramite il modello dell'affiliazione commerciale su tutto il territorio nazionale. Alla vocazione solidaristica proveniente dalla stretta collaborazione con la cooperazione sociale, WIS affianca una gestione in grado di reggere la sfida di un comparto ad alta competitività, costruendo nuove importanti realtà in partnership con altre persone, organizzazioni e imprese che condividono gli stessi valori.

Rientra nel for profit con finalità sociale anche il caso di Medici in Famiglia che da statuto si colloca nelle esperienze cosiddette di start up innovative a vocazione sociale. Infatti, essa è disciplinata dalla Legge 221/2012 sulle start up innovative in cui all'art. 25, comma 4, è dedicato uno specifico approfondimento sulle start up innovative a vocazione sociale che possiedono gli stessi requisiti posti in capo alle altre startup innovative ma operano in alcuni settori specifici che l'articolo 2, comma 1, del Decreto Legislativo 155/2006 sull'impresa sociale, considera di particolare valore sociale. Tra questi ambiti rientra quello dell'assistenza sanitaria⁵.

I casi odontoiatrici si collocano in un contesto più consolidato perché vari fattori hanno contribuito nel tempo a creare le condizioni per l'affermarsi del fenomeno del low cost odontoiatrico, in un settore sempre più in difficoltà (Gugiatti e Longo, 2009). Invece, nei casi dei poliambulatori emerge un carattere maggiormente

⁵ I settori Ateco a vocazione sociale che rientrano nel settore dell'assistenza sanitaria disciplinato dall'art.2, c. 1., D.lgs. 155/2006 sono 86.1, 86.2 e 86.9: servizi ospedalieri, servizi degli studi medici e odontoiatrici, e altri servizi di assistenza sanitaria.

innovativo del modello low cost, che si manifesta nell'idea di prodotto, nei modelli operativi e di funzionamento. Caso particolare è il Poliambulatorio Nuova Città che è il più piccolo di dimensioni e soprattutto ricade nell'alveo delle dinamiche tipiche del mondo cooperativo. Le attività di questa piccola iniziativa ebbero origine nel 2000 grazie al supporto di un imprenditore locale che finanziava attività di assistenza infermieristica erogate gratuitamente alla comunità. Nel 2009 è stata fondata la Cooperativa, grazie ad un iniziale contributo pubblico, che ha iniziato l'attività di erogazione di assistenza sanitaria ad un costo pari a quello del ticket pubblico.

Tutte le esperienze analizzate si concentrano sull'offerta di prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale, riconducibili al concetto di "sanità leggera". L'unico che si discosta è il caso Medical Division, che ha avuto però un esito fallimentare nella definizione del prodotto, che includeva inizialmente anche la diagnostica pesante e servizi in regime di ricovero.

4.2.2 Gli standard di qualità

In tutti i casi trattati, i prezzi contenuti si accompagnano a un'idea altrettanto forte di qualità del servizio. Alla base di questi casi il prezzo è soprattutto espressione d'impegno sociale ed esiste una diffusa consapevolezza di alcune necessarie attenzioni che riguardano, oltre il prezzo, ad esempio: i meccanismi di selezione, valutazione e sviluppo del personale; la gestione del percorso del paziente; i sistemi informativi e le tecnologie; il controllo dei costi amministrativi e di gestione; la scelta di posizionamento che intercetta un bisogno latente; i legami con i pazienti e la loro centralità, l'efficienza e la funzionalità dei centri; il portafoglio prodotti/servizi; la comunicazione e il marketing.

Il crescente bisogno di qualità relazionale e della costruzione di un rapporto fiduciario è molto evidente nello standard di servizio di CMS e nel progetto WIS. Il primo ha un'offerta sanitaria caratterizzata dalla rapidità con cui si possono prenotare ed effettuare visite attinenti ad una vastissima gamma di specializzazioni, aspetto immediatamente percepito dai pazienti. E ciò a fronte del pagamento di un prezzo a metà tra ticket nazionale e la visita in una qualsiasi struttura privata. La qualità del servizio è garantita da uno staff di professionisti provenienti da realtà ospedaliere e universitarie, la cui attività è costantemente controllata dalla direzione sanitaria e dal

coordinatore medico; dalla scelta di laboratori dotati di elevate attrezzature mediche e un personale di accoglienza in grado di garantire un servizio medico ad alta densità relazionale.

I valori che rendono di qualità l'offerta del progetto WIS si possono sintetizzare in tre punti:

- la centralità della famiglia nella pluralità dei suoi bisogni in tutte le fasi della vita;
- la promozione del benessere;
- la condivisione delle situazioni di disagio, attraverso la ricerca e lo sviluppo sul territorio di un'offerta completa di servizi, caratterizzati da qualità e tariffe accessibili.

Un caso molto significativo è l'evoluzione del Progetto Dentale Apollonia nel network OdontoSalute. La missione delle cliniche di OdontoSalute è di portare vantaggi concreti ai pazienti, proponendo prestazioni odontoiatriche di elevata qualità accessibili a tutti grazie alla convenienza dei prezzi indicati. Il concetto di qualità espresso è garantito dall'unione di elementi insiti in tutti gli ambiti in cui la clinica opera: professionalità e specializzazione dei medici, massima attenzione all'igiene, formazione continua e aggiornamento degli operatori, attrezzature all'avanguardia, tecnologie evolute e fornitori leader. I prezzi contenuti offerti ai pazienti sono il frutto di un modello di produzione, organizzazione e distribuzione che permette di creare efficienze a tutti i livelli.

Standard di qualità molto alti sono anche quelli della cooperativa sociale Nuova Città e della start up innovativa a vocazione sociale Medici in Famiglia per cui qualità significa accesso facile e veloce alle cure, tempo di visita adeguato, centralità del rapporto tra medico e paziente fondato sull'ascolto, sulla chiarezza delle informazioni cliniche e sulla fiducia. La qualità, dunque, è la prima leva utilizzata dai poliambulatori e dagli studi dei casi analizzati per potersi distinguere da altre iniziative targate low cost che si stanno moltiplicando sul territorio nazionale e che purtroppo sono viste negativamente perché possono creare pregiudizi a causa di una comunicazione sul prezzo troppo aggressiva.

4.2.3 L'organizzazione delle strutture e del personale

Tutti i casi analizzati hanno investito particolarmente nel reclutamento del personale medico per garantire da subito un livello adeguato di offerta, spesso ricercando professionisti di fama e specialisti con esperienza. Tuttavia, nonostante i medici siano centrali nella cosiddetta sanità leggera, tendono ad essere considerati dei partner esterni, dei collaboratori, perché la produzione sanitaria, nei casi che presi ad esempio, non è solo prestazione specialistica ma un sistema complesso di offerta più allargato ad una componente manageriale, relazionale e comunicativa. Per questo, poiché i medici lavorano secondo un preciso standard organizzativo e di servizio, vengono progettati attentamente sistemi di selezione, valutazione e motivazione del personale. Questo consente alle iniziative i vantaggi di un contesto organizzativo con minori vincoli rispetto al sistema pubblico, soprattutto nel rispondere in maniera flessibile e puntuale ad una domanda di servizi sempre più in rapida trasformazione. I medici vengono ingaggiati con una lettera di incarico da liberi professionisti e fatturano con P. IVA direttamente alla struttura.

Coerentemente a tale impostazione, il rapporto di lavoro, pur contemplando diverse formule di remunerazione, non prevede contratti a tempo indeterminato per i medici. Nel caso, ad esempio, del CMS sono previste tre formule contrattuali, legate al consolidamento del rapporto di lavoro e delle attività del centro: una prima fase, che prevede una forma di remunerazione a prestazione e che presuppone un co-investimento dell'azienda e del professionista nella crescita; una seconda fase, che prevede una remunerazione fissa (il cosiddetto «vuoto per pieno») con una tariffa oraria più bassa di quella per prestazione, ma di garanzia per il medico; una terza fase, prevista solo nella prospettiva di un futuro ampliamento delle sedi, che contempla anche forme di assunzione a tempo indeterminato.

Analoga scelta è stata seguita da Nuova Città, che comunque prevede attualmente una sola forma di remunerazione a prestazione.

In genere, il costo della prestazione prevede una quota parte da destinare come retribuzione del medico: per Nuova Città i 48 E. del costo/prestazione sono suddivisi in 33 E. per il professionista sanitario e 15 E. per la struttura; per Medici in Famiglia,

i 60 E. del costo/prestazione sono divisi in 30 E. per il professionista sanitario e 30 E. per la struttura.

Dovendo i medici operare secondo un preciso standard organizzativo e di servizio, senza essere dipendenti, la soluzione ricercata nei diversi casi analizzati è stata quella di progettare attentamente i sistemi di selezione, valutazione e motivazione del personale e, più in generale, il modello organizzativo e operativo sottostante.

Nel caso di Nuova Città, la componente principale dell'organizzazione è costituita, oltre che dalle figure del vice-Presidente e del Direttore Sanitario del centro, dal personale della cooperativa che è motivato dall'opportunità di crearsi un lavoro stabile nel tempo. Lo stesso Dr. Costantini rileva *“prima erano volontari, adesso ognuno di loro è manager della cooperativa”*. La loro retribuzione è fissata al minimo contrattuale, l'ipotesi che possa aumentare coerentemente allo sviluppo dell'attività e al consolidamento dell'iniziativa è legata alla possibilità di ottenere fondi che possano sostenere l'organizzazione senza stravolgerne l'assetto e le finalità. L'organizzazione è fondata sul controllo reciproco, in un contesto che facilita l'adozione di comportamenti virtuosi e di self management. La comunicazione è molto curata dal vice e un tratto caratterizzante è *“la gestione casalinga”* dell'iniziativa imprenditoriale, che comunque non trascurava di presidiare le dimensioni etiche, di qualità e di orientamento al servizio che permeano tutta l'organizzazione. L'ambulatorio ha dimensioni ridotte ed eroga circa 350 visite mensili, dato stabile in tutti questi anni. I 20 medici coinvolti nel progetto sono profili professionali senior, che hanno deciso di dedicare alcune ore al sociale con un compenso minimo. Attualmente nessuno dei volontari ha avuto contratti di assunzione; al momento lavorano solo due dipendenti nella cooperativa che sono la figura che si occupa della segreteria e una infermiera professionista.

Medici in Famiglia, invece, nonostante sia una piccola start up nata nel 2014, ha un gruppo societario misto composto dal filantropo che ha finanziato l'iniziativa, una psichiatra e due psicologhe e un fundraiser. Ha stretto collaborazioni con circa 100 medici liberi professionisti; eroga circa 1000 prestazioni mese, per un totale di 11.000 prestazioni annue nel 2016 e ha al momento 10 dipendenti in staff più una risorsa volontaria. Il 90% circa delle prestazioni avviene presso i poliambulatori; mentre il restante 5-10% avviene presso gli studi degli stessi medici a tariffe leggermente più

alte di quelle del centro ma calmierate rispetto ai costi del privato *tout court* (ca 80 E. a prestazione).

Particolarmente significativo il caso di WIS che nell'arco di pochi anni ha avuto una grande diffusione sul territorio e sta sperimentando una modalità di gestione attraverso la creazione di centri affiliati, che garantiscono la diffusa capillarità ed una copertura di offerta su tutto il territorio nazionale.

WIS, nata per essere vicino alle famiglie in tutte le fasi della vita con l'obiettivo di promuovere il benessere, rispondendo alle necessità quotidiane e gestendo al contempo situazioni di disagio attraverso la ricerca e lo sviluppo sul territorio di un'offerta di servizi completa, ha costruito alleanze forti e stabili con partner del settore pubblico e privato per dare risposte concrete ai bisogni delle persone, progettando servizi di qualità a un costo accessibile. Dalla nascita i cosiddetti Luoghi di Cura hanno erogato complessivamente 28,350 prestazioni nel 2011, 36.850 nel 2012 e 51,390 nel 2013; ad oggi, i centri Welfare Italia operativi sono 18. Le possibili forme societarie che i Luoghi di Cura possono assumere sono: 1) impresa sociale srl o spa; 2) società cooperativa sociale (soci sia persone giuridiche che persone fisiche); 3) consorzio di imprese sociali e/o società cooperative (soci persone giuridiche); 4) fondazioni operative (organizzazioni con patrimonio rilevante e sanitarie storiche).

Ad essi, il modello complessivo di WIS fornisce tutti gli strumenti per la selezione, la formazione, l'aggiornamento continuo e la valutazione delle figure professionali coinvolte, sia in fase di start up che di gestione a regime del centro affiliato. In fase di richiesta di affiliazione, per garantire un corretto avvio del centro, in grado di rispettare tempi, contenuti e qualità del modello WIS, è fondamentale che la società che intende affiliarsi abbia la disponibilità di due figure professionali, nodali nell'impianto organizzativo complessivo, e dalle quali dipendono poi tutti gli aspetti gestionali (il Manager Operativo) e sanitari (il Direttore Sanitario).

4.2.4 Il modello di business

I casi analizzati sembrano suffragare la praticabilità e plausibilità di modelli di business in cui l'idea di opportunità e di sostenibilità sociale sia parte integrante della formula imprenditoriale (Coda, 1984).

Le diverse esperienze sembrano confermare la criticità di alcuni driver dell'innovazione sostenibile emersi dalla letteratura (Nidumolu et al., 2009):

- la relativa precocità e l'orientamento di lungo periodo degli investimenti in strategie di sostenibilità;
- la consapevolezza e la condivisione collettiva degli obiettivi e delle modalità richieste dalle strategie di sostenibilità;
- l'incorporamento degli standard di azione sostenibile e delle soluzioni innovative nelle formule organizzative e nei processi.

Questi aspetti sono particolarmente evidenti nei modelli di business di CMS, WIS, Nuova Città e Medici in Famiglia.

Il modello di Medici in Famiglia funziona per reti sociali: *“gli obiettivi sono raggiunti sulla base della condivisione di una mission sociale”*, dichiara il Dr. Cottini. Gli stessi fornitori, ad esempio, accordano al Poliambulatorio di guadagnare il 5% in meno sul ricavo totale, quota che va ad alimentare il fondo per l'assistenza gratuita. Anche i macchinari dei due poliambulatori sono stati donati da un'azienda di macchinari che sposa le finalità sociali dell'iniziativa.

CMS ha un modello di business etico che mira ad un equilibrio economico e finanziario riducendo le tensioni al profitto e questo gli consente di mantenere i prezzi delle prestazioni specialistiche a livelli decisamente competitivi. Nel 2017, il 52% del fatturato deriva dall'attività ambulatoriale che nel tempo si è consolidata sempre di più, mentre altre attività sono state ritenute poco redditizie per il Centro, come l'attività domiciliare, perché il costo di acquisizione del nuovo cliente sostenuto da CMS è decisamente superiore e difficilmente si riescono a creare economie di scala; a latere, per il momento, anche l'attività del video-consulto, che era stata avviata per 20 specialità, perché il riscontro da parte dei cittadini è ancora molto basso e c'è ancora scarsa sensibilizzazione alle potenzialità della telemedicina. Il 18% del fatturato totale è dato, invece, da assicurazioni, fondi ed enti mutualistici con cui il CMS ha stipulato numerose convenzioni.

WIS nasce, invece, nell'ambito di un'ottica di ampio respiro strategico. Il modello di sviluppo è quello della affiliazione commerciale (*franchising*). WIS agisce come

affiliante (*franchisor*), mettendo a disposizione di una rete di imprenditori più piccoli (i *franchisee*), conoscenze, competenze e servizi utili ad avviare un'impresa autonoma, ma coordinata con quella del *franchisor*. Il contratto di franchising di WIS regola tutti gli aspetti dell'affiliazione, offrendo sicurezze, opportunità e sostegno ai *franchisee* senza che questi perdano la propria natura di imprenditori autonomi nel sociale. Il tutto è impostato in maniera sostenibile, competitiva, efficiente ed efficace, in linea con i valori fondamentali della solidarietà e della partecipazione responsabile alla costruzione del bene comune. All'affiliato sarà garantito, in cambio del pagamento di royalty periodiche, di raggiungere il pareggio economico in tempi congrui. Le attività di marketing, l'allestimento di ogni luogo di cura e la formazione del personale sono gestite centralmente da WIS. L'affiliazione può realizzarsi come conversione di un ambulatorio esistente oppure come start-up di un nuovo centro. Alla base vi è in ogni caso la profonda conoscenza del territorio e quindi della domanda e dell'offerta sanità presente. I primi interlocutori di WIS sono soggetti imprenditoriali del *non profit* come consorzi e cooperative: attraverso la valorizzazione delle eccellenze emerse nell'ambito della cooperazione sociale si intende facilitarne una rapida diffusione su tutto il territorio nazionale. WIS ha dunque adottato un approccio industriale al mercato: affianca, infatti, alla indispensabile dimensione artigianale e locale tipica della cooperazione sociale un progetto sistematico che individua le condizioni di sostenibilità e di replicabilità delle iniziative a livello nazionale, attivando servizi e strumenti a sostegno della nascita e dello sviluppo di nuovi Luoghi di Cura.

Nuova Città è una Cooperativa Sociale di Tipo A, pertanto si pone al servizio delle persone e considera il profitto non come scopo ma come strumento per fornire ulteriori risposte ai bisogni della comunità. Nuova Città si ispira a una serie di valori fondamentali:

- eguaglianza: i servizi sono accessibili da tutti, senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche;
- imparzialità: i comportamenti degli operatori nei confronti degli utenti sono dettati da criteri di obiettività e imparzialità;

- riservatezza: tutti i dati sensibili sono trattati secondo le disposizioni del Decreto Legislativo n.196 del 30/06/2003 e le cartelle sanitarie sono coperte da segreto professionale;
- partecipazione: tutti gli utenti sono invitati a collaborare con la struttura per migliorare i servizi;
- efficacia ed efficienza: sono perseguite come garanzia della qualità delle risorse.

Proprio per questo motivo, la Cooperativa fino ad oggi non si è mai aperta alla possibilità di ricorrere a investitori privati, nel timore di snaturare la propria identità; non ha avuto la possibilità di crescere dimensionalmente, né di poter aprire altre sedi. La difficoltà maggiore risiede nella impossibilità di trovare finanziatori illuminati intenzionati ad investire per migliorare il benessere della collettività e non solo orientati ad un esclusivo ritorno di profitto.

Attualmente la cooperativa ha una forte spinta all'attività infermieristica che al momento è quella più richiesta e remunerativa, insieme ai prelievi a domicilio.

La formula adottata da OdontoSalute, invece, è in grado di fornire a tariffe accessibili, circa il 40% in meno di quanto richiesto da un dentista tradizionale, un servizio di qualità, grazie all'elevata specializzazione dei medici, alle tecnologie evolute e ai migliori materiali presenti sul mercato. Inoltre, le ridotte tariffe praticate sono frutto di un'attenta gestione della struttura che permette di monitorare costantemente l'attività, ottimizzando tempi e risorse e creando accordi economicamente vantaggiosi con i fornitori, data anche la grande quantità di volumi trattati.

Un caso particolare da analizzare è il modello di business di Medical Division. Il Centro forniva un numero illimitato di prestazioni di prevenzione e cura a fronte di un tesseramento annuale e convenzioni con strutture e medici privati di cui gestisce parte delle agende, saturandone, la capacità produttiva non utilizzata. L'azzardo ha portato ad un fallimento che nel 2012 ha portato l'azienda a rimodulare l'offerta ed avviare un nuovo progetto che prevedeva a fronte dell'acquisto di una tessera la possibilità di accedere a strutture sanitarie usufruendo di tariffari molto scontati. Gli studi convenzionati erano incentivati a collaborare perché ricevevano un buon

numero di pazienti e il materiale a costi molto bassi, e in cambio dovevano esclusivamente rispettare il tariffario indicato. I pazienti che avevano acquistato la vecchia tessera e che non avevano usufruito dei servizi, sono stati oggetto di maggiore attenzione da parte della società che offriva loro la conversione della vecchia tessera. Anche questo secondo modello si è rivelato insostenibile, fino a portare al fallimento dell'iniziativa imprenditoriale.

4.3 Parte I. I criteri di impronta sociale: il *social business model* applicato al modello low cost

Elemento comune a tutte le esperienze analizzate è, dunque, la capacità di coniugare l'altra qualità del servizio con il contenimento dei prezzi praticati al paziente. Condizione essenziale di qualità è la dimensione relazionale: oltre alle cure, ai pazienti si offrono ascolto e accoglienza, un cammino di cura condiviso e partecipato, un rapporto di fiducia. I centri, in questo modo sono percepiti e vissuti dai pazienti come veri e propri consultori della cura, dove la relazione non si esaurisce nello scambio tra prestazione e compenso ma va ben oltre, cementandosi nel tempo e costituendo alla fine un reale valore aggiunto.

Il modello low cost applicato al settore sanitario consente di offrire proposte innovative a costi sostenibili, nelle aree di bisogno tradizionali e in quelle emergenti, costruendo nuove importanti realtà in partnership con altre persone, organizzazioni e imprese che ne condividano i valori. L'offerta sanitaria erogata è personalizzata sui territori in modo tale da consentire di intercettare e rispondere ai bisogni altrimenti destinati a rimanere evasi.

Queste considerazioni sono vere per tutti i casi analizzati. Dall'analisi empirica sulle fonti indotte è stato possibile identificare un'altra caratteristica che accomuna quattro dei sei casi, ad esclusione di Medical Division e OdontoSalute.

Medical Division è un'iniziativa imprenditoriale puramente commerciale che aveva, prima di incorrere nel fallimento, un orientamento di business esclusivamente rivolto al profitto. OdontoSalute può essere sicuramente considerato un business model *low cost high value* ma nella sua formulazione del modello di business non si rilevano particolari finalità sociali.

Diversamente, Centro Medico Santagostino, Welfare Italia Servizi, Nuova Città e Medici in Famiglia, ognuno con le proprie specificità e nella sua peculiare forma giuridica, costituiscono organizzazioni in grado di coniugare la solidarietà e la finalità sociale con la logica di mercato e la capacità competitiva, collocandosi nell'alveo dell'imprenditorialità sociale (Borzaga e Defourny, 2001; Dees, 2001; Defourny et al., 2014; Kerlin, 2009; Nyssens, 2006).

I quattro casi, infatti, rientrano nella definizione più ampia di impresa sociale (Euricse, 2017) sia in una forma legalmente riconosciuta dal D.lgs. 155/2006 come la start up innovativa a vocazione sociale di Medici in Famiglia, la cooperativa Nuova Città e tutti i Luoghi di Cura di WIS che si presentano nella forma di cooperativa e di impresa sociale; sia nella forma di impresa sociale *de facto* come la soluzione di *social venture capital* di Centro Medico Santagostino.

Si tratta, dunque, di iniziative che, pur non essendo caratterizzabili tutte giuridicamente come imprese sociali, sviluppano un modello di business la cui vocazione è la medesima dell'impresa sociale, creando valore sociale, offrendo servizi a fasce di popolazione cui erano negati e realizzando utili attraverso un business model rigoroso e reinvestendo per propria scelta tali utili nelle comunità stesse ove si sono prodotti, sia in forma di servizi migliori, sia in forma di facilitazioni all'accesso dei clienti ai servizi e contenimento ulteriore dei prezzi.

Alla luce di queste considerazioni e della necessità di adeguare il framework tradizionale dei modelli di business per l'analisi della componente sociale emersa dal dibattito accademico (Casadesus-Masanell e Ricart, 2010; Doz e Kosonen, 2010; Teece, 2010; Zott e Amit, 2010; Yunus et al., 2010; Marquez et al., 2010; Osterwalder e Pigneur, 2010; Michelini, 2012), per l'indagine empirica sono state utilizzate quattro dimensioni caratterizzanti nel definire il *social business model framework*.

Nella Figura 4.4, Figura 4.5, Figura 4.6 e Figura 4.7 si riportano i risultati dell'analisi dei quattro casi individuati come *social enterprise*. I quattro criteri di impronta sociale sono stati analizzati a partire dall'analisi sulle fonti secondarie e validati dall'utilizzo delle interviste semi-strutturate condotte ai CEO di Centro Medico Santagostino e di Medici in Famiglia e al Presidente della Cooperativa Nuova Città. Si ribadisce, come dichiarato nel disegno di ricerca al Par. 4.1.2., che l'intervista al

CEO di Welfare Italia Servizi non è andata a buon fine e che pertanto l'analisi del caso resta a livello delle fonti indotte.

Nella Fig. 4.4 viene descritta, per ogni caso, la *social value proposition* (Zott e Amit, 2008; Yunus et al., 2010; Angeli e Jaiswal, 2016) che indica la soluzione offerta a un particolare problema o bisogno del cliente caratterizzata dai benefici derivanti dal modello di business attraverso i prodotti e/o i servizi. Emerge dai quattro casi uno scenario simile: l'orientamento di tutti è quello di garantire ai pazienti un modello di cura di qualità incentrato sulla relazione, sulla fiducia e sulla personalizzazione del servizio.

Figura 4.4 – Analisi della *social value proposition*

	SOCIAL VALUE PROPOSITION
Centro Medico Santagostino	«Una casa della salute in ogni community»: promuove un modello di presa in carico del paziente innovativo che include tutti i principali servizi sanitari in un unico spazio comune
Welfare Italia Servizi	«Cure con cura»: i Luoghi di Cura nascono per rispondere alle esigenze sanitarie del territorio di appartenenza
Nuova Città	Curarsi in un «posto familiare», dove la gestione resta «casalinga»
Medici in Famiglia	«Il centro medico polispecialistico per tutti»: qualità ed efficienza nell'accesso alle cure

Fonte: elaborazione propria

Tutti i progetti si sono realizzati grazie al contributo di medici specialistici di importanti strutture ospedaliere che hanno deciso di offrire la propria competenza e disponibilità per garantire ai cittadini una salute migliore e coniugare l'assistenza specialistica con l'aspetto umano e relazionale: un'attenzione verso la persona oltre che verso il paziente attraverso l'ascolto e il dialogo.

Il Dr. Foresti di CMS aspira a “diventare leader in questo settore: la sanità si sta trasformando sempre più in un business, ma se si elimina la componente speculativa e si costruisce una rete capillare si può far fronte alla domanda delle famiglie, contenere i prezzi e garantire agli specialisti stipendi di mercato”.

Medici in Famiglia è un centro aperto a tutti i cittadini, indipendentemente da quale sia il loro reddito, perché il presupposto fondamentale è l'offerta di servizi medici di alta qualità. Che poi questi ultimi vengano resi disponibili a prezzi accessibili è il grande valore aggiunto dell'iniziativa, che può contare sul fatto che tanti professionisti sanitari mettono a disposizione il proprio tempo a costi decisamente contenuti.

In accordo con Yunus et al. (2010) e Michelini (2012), un'altra caratteristica fondamentale di un *social business model* sono le modalità con cui il modello di business genera benefici sociali che viene descritta attraverso la *social value equation* (Fig. 4.5).

WIS ha dalla sua parte la capacità di attivare e mettere in connessione le realtà già esistenti sui territori: questo ridona vita e ricchezza ai territori stessi sui quali gli attori, quali cooperative, enti locali, privati, si uniscono in rete per soddisfare la domanda sanitaria.

Il CMS e Medici in Famiglia hanno sviluppato delle progettualità che consentono di sostenere un fondo destinato all'erogazione di assistenza sanitaria totalmente gratuita per le fasce abbienti della popolazione.

Figura 4.5 – Analisi della *social value equation*

	SOCIAL VALUE EQUATION
Centro Medico Santagostino	«Santagostino per tutti» e «Un dono che cura»: iniziative a valore sociale per erogare assistenza gratuita
Welfare Italia Servizi	Attivazione di processi partecipativi con la rete nazionale di cooperative
Nuova Città	Punto di riferimento per la comunità territoriale e creazione di occupazione
Medici in Famiglia	«Visita sospesa»: iniziativa a valore sociale per erogare assistenza gratuita

Fonte: elaborazione propria

L'idea innovativa della “Visita sospesa” di Medici in Famiglia riprende, in sostanza, quanto avviene da tempo immemore per il caffè nei bar napoletani: la formula prevede che chi ha la possibilità e desidera contribuire alla buona riuscita del

progetto offre una visita a qualcun altro, pagando ad esempio il doppio della tariffa dovuta. Il tutto servirà a raccogliere visite già pagate, che verranno poi girate ad associazioni assistenziali o parrocchie che potranno decidere di utilizzarle per far visitare i soggetti più bisognosi e che non possono permettersi neanche le tariffe agevolate.

Nuova Città ha una dimensione molto ridotta ed opera su un ambito territoriale ristretto e ben definito, pertanto essa ha come immediato risvolto sociale quello di essere diventata un punto di riferimento per la comunità territoriale. Intercettare sul territorio i bisogni trasformandoli poi in domanda, offrire servizi qualificati, adottare forme di gestione democratica, essere presenti nella ridefinizione delle politiche sociali, conquistarsi un'autonomia rispetto al mercato mantenendo i propri valori, sono i compiti delicati di chi partecipa alla crescita della cooperazione sociale e diventa operatore nel così detto Terzo Settore. Per Nuova Città, spiega il Dr. Costantini, l'obiettivo è che *“il centro possa accogliere le esigenze di coloro che cercano una terza via che è quella del cosiddetto privato sociale inteso come una organizzazione di natura privata, senza fine di lucro, in grado di accogliere le richieste delle fasce sociali più deboli.”*

L'elemento distintivo tra un *business model* e un *social business model* è la gestione del surplus (Johnson et al., 2008) da parte dell'azienda, quella che Yunus et al. (2010) definiscono *social profit equation* (Fig. 4.6). Essa descrive come il modello di business utilizza il surplus economico, ad esempio se decide di reinvestire i dividendi o di distribuirli agli azionisti.

Figura 4.6 – Analisi della *social profit equation*

	SOCIAL PROFIT EQUATION
Centro Medico Santagostino	Retribuzione minima del capitale ai soci (3%) e surplus usato per lo <i>scale up</i> (15 centri in 9 anni)
Welfare Italia Servizi	80% utili netti accantonati in riserva per l'avvio/sviluppo di nuovi centri o per l'avvio/mantenimento di progetti relativi all'oggetto sociale
Nuova Città	Obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali
Medici in Famiglia	100% utili reinvestiti in assistenza gratuita

Fonte: elaborazione propria

Alla luce di questo criterio, è evidente che i modelli di business di queste iniziative hanno un'impronta sociale, in cui il profitto non è lo scopo dell'organizzazione bensì è uno strumento attraverso il quale accrescere l'iniziativa o nel caso di Medici in Famiglia erogare assistenza gratuita, come spiega il Dr. Cottini: *“la start up innovativa a vocazione sociale agisce in un'ottica di sostenibilità economica e reinveste gli utili generati in assistenza gratuita, nella convinzione che la salute non sia un lusso, ma un diritto”*.

Lo stesso caso del CMS, che è l'unico ad attuare una retribuzione ai soci, rivela la necessità di mantenere un equilibrio economico e finanziario per ridurre le tensioni al profitto utilizzando la forma di finanziamento dell'*impact investing* si avvale del cosiddetto *patient capital*, tipico dell'imprenditorialità sociale. Il capitale paziente è un altro nome con cui si indica il capitale a lungo termine. Con esso, l'investitore o il finanziatore è disposto a fare qualche tipo di investimento in business senza alcuna aspettativa di trasformarlo in un profitto veloce. Anzi, l'investitore è disposto a differire qualsiasi rendimento economico per un lungo periodo di tempo, in nome di un ritorno collettivo in termini di impatto sociale (Cantino et al., 2016). Nel caso CMS, i soci finanziatori accettano una retribuzione minima del capitale al 3%, la semplice preservazione nel tempo del capitale investito.

Oltre Venture Capitale Sociale propone un'idea di investimento sociale innovativo che segue una logica di «quasi mercato» e che deve essere sostenuto anche dal

contributo degli utenti, coniugando impatto sociale e sostenibilità economica. Nell'interpretazione di Oltre Venture due sono i fattori fondamentali per la promozione delle imprese sociali: 1) la presenza di imprenditori sociali capaci di sviluppare l'idea/progetto e gestire con criteri di efficienza le risorse finanziarie necessarie alla sua realizzazione; 2) la disponibilità di capitali privati, definiti "pazienti e responsabili", ovvero di investitori che credano e vogliano promuovere il concetto di responsabilità sociale della ricchezza, mettendo a disposizione di innovativi progetti i propri capitali e accettando un obiettivo di semplice preservazione del capitale a fronte di un elevato ritorno sociale.

WIS è una srl che da statuto si comporta come un ente non profit, sottoponendosi al vincolo del reinvestimento degli utili e riconoscendo alla parte sociale, CGM, un ruolo di rilievo indipendentemente dalla sua partecipazione al capitale. Il nuovo modello di business che l'impresa incarna – impresa privata con finalità di interesse generale, che coniuga progetti sociali con una logica di mercato – assume nella strategia d'impresa le richieste emergenti di una maggiore attenzione per il sociale e per l'ambiente. Tale modello, che ambisce a sfociare nella costituzione di una public company ad azionariato diffuso, fa del benessere pubblico, inteso nell'accezione più ampia, il proprio *core business*.

In aggiunta a queste dimensioni evidenziate dal *social business model framework* di Michellini (2012), si tiene in considerazione anche una quarta dimensione, lo *start-up capital*, che descrive il capitale di avvio e la composizione imprenditoriale (Fig. 4.7).

Figura 4.7 – Analisi dello *start-up capital*

	START-UP CAPITAL
Centro Medico Santagostino	<i>Impact investing</i> - Oltre Venture Capitale Sociale ha investito 1.500.000 E.
Welfare Italia Servizi	Gruppo CGM e soci finanziatori, Intesa San Paolo, Banco Popolare, Reale Mutua Assicurazioni e Banca Credito Cooperativo
Nuova Città	Bando Piccoli Sussidi Regione Puglia – 5.000 E. a fondo perduto
Medici in Famiglia	Donazione iniziale di 250.000 E. da parte di un filantropo

Fonte: elaborazione propria

Lo *start-up capital* che ha dato avvio al progetto CMS è stato il finanziamento *impact investing* di circa 1.500.000€ da parte di Oltre Venture Capital Sociale, un fondo di investimento etico impegnato nella realizzazione di progetti e servizi rivolti alla cosiddetta “area grigia della fragilità sociale”, una fascia sempre più ampia della popolazione caratterizzata da forme di disagio non estremo ma comunque profondo. Gli ambiti di intervento di Oltre Venture Capitale Sociale sono l’housing sociale, il microcredito, la creazione di servizi socio-sanitari e ancora lo sviluppo di opportunità lavorative per fasce deboli. Secondo le parole del Presidente Luciano Balbo, il fondo applica al sociale il metodo del venture capital. Il modello di riferimento è quello del quasi mercato in cui gli utenti pagano le prestazioni, ma il prezzo è inferiore a quello richiesto dalle altre aziende. L'obiettivo è proprio quello di aiutare quell' area grigia che si trova in condizioni di fragilità economica e non trova risposte nel welfare pubblico. Oltre Venture ha rappresentato la prima iniziativa nel panorama economico italiano che ha dato agli investitori l'opportunità di finanziare il sociale non attraverso la filantropia tradizionale, ma attraverso investimenti nel capitale di rischio di aziende impegnate nell'innovazione in diversi settori, come il Centro Medico Santagostino nel settore sanitario, e supporta le imprese sociali sia attraverso le proprie risorse finanziarie (capitale paziente e finanziamenti) che attraverso le proprie competenze manageriali e il proprio know-how in ambito.

Tra gli investitori di Welfare Italia ci sono Intesa San Paolo, Banco Popolare e Cassa di Risparmio di Torino (Fondazione Sviluppo e Crescita-CRT). Gli utili netti risultanti dal bilancio di Welfare Italia Servizi sono accantonati in un’apposita riserva che deve essere utilizzata per il finanziamento dell’avvio e dello sviluppo di nuove iniziative, nonché per il mantenimento e lo sviluppo dei progetti rientranti nell’oggetto sociale. Tale meccanismo di reinvestimento degli utili è espressamente sancito dallo Statuto WIS, il quale peraltro assegna il controllo della società a CGM, indipendentemente dall’entità del contributo finanziario dei singoli soci. Welfare Italia Servizi ha trovato nelle cooperative e nei consorzi della rete CGM i propri franchisee naturali, potendo beneficiare del capitale reputazione e fiduciario di cui questi soggetti godono in una specifica area geografica e con l’intento di creare un sistema di rete sul territorio nazionale.

La prima e unica struttura di assistenza poliambulatoriale low cost al Sud Italia, Nuova Città, è l'unico caso che non ha alle spalle il sostegno di una rete imprenditoriale di venture o di finanziatori. La cooperativa è opera con finalità di promozione sociale e di sviluppo nella società, ma è un'impresa a tutti gli effetti. La preferenza per interventi di tipo territoriale e domiciliare contraddistingue la cooperazione sociale di tipo A come forma d'impresa, a differenza delle cooperative sociali di tipo B che invece hanno conquistato un ruolo come strumento privilegiato e specialistico per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati. Una cooperativa sociale di tipo A per definizione risponde alle esigenze ed ai bisogni di cittadini appartenenti a classi svantaggiate, ma non solo.

L'avvio di Medici in Famiglia, invece, è stato possibile proprio grazie alla creazione di una rete di stakeholder uniti dallo stesso obiettivo: un team di specialisti altamente qualificati e appassionati; partnership e convenzioni con enti pubblici e privati e donazioni da parte di aziende e privati. La start up, infatti, prende le mosse dalla pluriennale esperienza di una associazione Panda Onlus che, nata nel 2006, era impegnata in attività di sostegno per mamme con bambini piccoli e famiglie in situazione di disagio psicologico, sociale ed economico. Il bisogno è tanto, il progetto funziona e comincia la collaborazione con alcuni importanti ospedali dal San Raffaele al Buzzi al San Gerardo di Monza, dove si aprono ambulatori gestiti da Panda. Legata a questa ci sono altre due esperienze di no profit: "Il Volo" che dal 2005 si occupa della cura e della riabilitazione di giovani con problemi psichiatrici, di comportamento e di relazione e "Fata onlus" che gestisce comunità dove sono accolti bambini allontanati dalle famiglie per maltrattamenti e abusi. Le persone che ruotano intorno a queste realtà sono professionisti solidi e capaci, che a un certo punto individuano un altro obiettivo: dare risposte a chi ha bisogno di interventi in tempi più rapidi di quelli offerti dal servizio sanitario e con tariffe più accessibili di quelle del mercato privato. In questo modo, tutti gli specialisti coinvolti in queste realtà, circa un'ottantina, hanno dato avvio al progetto Medici in Famiglia. Sostiene il Dr. Cottini che *"chi lavora per noi ha colto il valore sociale del progetto e dona una parte del proprio tempo"*. Proprio seguendo questo approccio è stato possibile raccogliere i 250.000 E., frutto di una donazione filantropica, che sono stati la dotazione iniziale con cui è nata la start up e che sono stati utilizzati prevalentemente per

acquistare i macchinari e affittarne la sede. Sul ritorno economico, continua il Dr. Cottini che *“mentre nel 2014 abbiamo chiuso con perdite tra i 160.000 e i 200.000 E., così come previsto dal nostro business plan; nel giro di due o tre anni, puntiamo però a raggiungere il pareggio e a generare degli utili che saranno comunque riutilizzati per offrire visite gratuite a pazienti indigenti”*.

CAPITOLO V

ANALISI EMPIRICA. PARTE II: IL CASO PILOTA “CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO” E IL MODELLO LOW COST COME DRIVER DI INNOVAZIONE SOCIALE

Premessa

Il Capitolo 5 contiene la Parte II dell’indagine empirica. Dopo aver risposto alla prima domanda di ricerca nella Parte I descritta nel Capitolo 4 e aver analizzato nello specifico quattro casi attraverso le dimensioni mutate dal *social business model framework* (Michelini, 2012), l’obiettivo del presente capitolo è quello di andare in approfondimento sul caso pilota Centro Medico Santagostino per poter rispondere alla seconda domanda di ricerca.

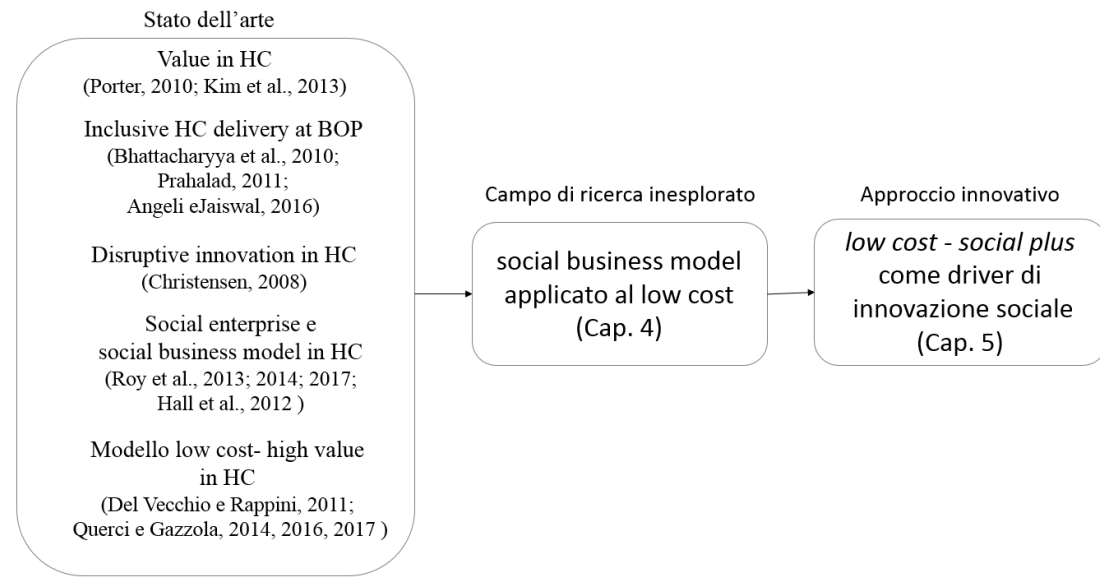
L’analisi del *social business model* applicato al low cost mette in evidenza una componente sociale specifica che si declina nella capacità delle organizzazioni sanitarie di erogare assistenza sanitaria gratuita e di reinvestire il surplus per la missione sociale. Si rileva pertanto, nel contesto sanitario italiano, una peculiare applicazione del modello di business low cost che tiene maggiormente in considerazione la componente sociale. La riflessione che ne deriva è che l’importanza della componente sociale del modello utilizzato nel contesto sanitario ci consente di superare il binomio *low cost-high value*. Mentre quest’ultimo viene, infatti, utilizzato anche per obiettivi tradizionali puramente di profitto, nel settore sanitario possiamo parlare di un approccio “*low cost-social plus*” che ha in sé la caratteristica di essere mosso principalmente dalla presenza di una mission orientata principalmente ad un obiettivo sociale.

Pertanto, la capacità di tali imprese di riprogettare il modello di business low cost a fini sociali può essere veicolo di attivazione di processi di innovazione sociale nel contesto sanitario italiano (Picciotti, 2013; Phills et al., 2008; Mulgan et al., 2007; Christensen et al., 2008), laddove essa è la forza trainante per stimolare il cambiamento e trovare un terreno comune per la creazione di valore condiviso.

Sulla base di queste riflessioni, si presenta una più approfondita analisi del singolo caso studio, ottenuta utilizzando diverse fonti di dati ed effettuando una triangolazione degli stessi (Hentz, 2012); inoltre, l’indagine della componente sociale

è ulteriormente approfondita utilizzando l'analisi narrativa dell'intervista. Attraverso questo approccio, sono stati evidenziati una serie di enunciati che sottolineano la componente sociale del "Modello Santagostino". Tali enunciati desunti dall'intervista sono stati organizzati e analizzati sempre in base ai quattro criteri desunti dalla letteratura sul *social business model*. Inoltre, per contestualizzare meglio l'intervista, è stata effettuata una ulteriore raccolta e revisione di dati da una serie di risorse formali relative alla struttura organizzativa, quali documenti di bilancio, documenti sulla responsabilità sociale, report e brochure, newsletter interna, discorsi e interviste ufficiali, materiale di archivio, website. A questo punto, le principali caratteristiche descritte dal CEO del Centro Medico Santagostino sono state collegate alle principali definizioni del termine *social innovation* in letteratura (Nicholls e Murdock, 2012; Hoogendoorn, Pennings, e Thurik, 2010; Murray, Caulier-Grice, e Mulgan, 2010; Gerometta, Haussermann, e Longo, 2005).

Figura 5.1 – Processo di ricerca



5.1 Parte II. Analisi del caso: il modello di business *low cost-high value* del Centro Medico Santagostino

Seguendo Norman e Ramirez (1993), le organizzazioni di successo che operano nei contesti competitivi attuali non aggiungono semplicemente valore nei loro processi produttivi, ma piuttosto lo reinventano attraverso la riconfigurazione di ruoli, attività e relazioni tra una costellazione di attori. Il risultato finale è spesso una configurazione dove il valore viene creato e distribuito in una maniera differente ed innovativa rispetto a quanto fatto in precedenza.

In particolare, nel concetto di *value constellation* (Norman e Ramirez, 1993) viene messo in evidenza il ruolo del cliente che non è più il punto terminale della catena o il destinatario ultimo del valore generato dall'organizzazione, ma che è egli stesso un attore della costellazione e, come tale, non consuma solo valore ma contribuisce anche a crearlo.

Questo risulta evidente nel modello di business adottato dal CMS in cui la dimensione economica e l'aderenza alle aspettative degli attori sociali legati alle sorti dell'impresa, pazienti, lavoratori e investitori, possono utilmente alimentarsi a vicenda. Inoltre, le tecnologie dell'informazione e della comunicazione hanno un grande potenziale di impatto dato che influiscono sulle modalità con le quali le attività vengono svolte, offrendo nuove possibilità di riconfigurazione e quindi nuove fonti di valore. Lo stesso Presidente di Oltre Venture Capitale Sociale, Luciano Balbo, sostiene che rispetto al progetto del CMS: *“Noi non stiamo cercando ritorni colossali dal nostro investimento per il Centro Medico Santagostino ma stiamo cercando di distribuire il valore che una società produce lungo tutta la filiera a utenti, dipendenti e azionisti.”*

Il progetto del CMS, nato nel 2009, è stato *first mover* nell'ambito dell'adozione del modello *low cost-high value* applicato all'erogazione di assistenza sanitaria.

Esso, infatti, è stato un pioniere entrando per primo nel mercato con una nuova categoria di prodotti/servizi erogati per colmare da un lato il gap dell'assistenza sanitaria negli ambiti scoperti dal SSN o da esso serviti in modo non efficiente per le lunghe code, e dall'altro la barriera all'accesso della sanità privata costituita dall'alto costo delle prestazioni.

La caratteristica di fondo dell'iniziativa è l'impegno nei confronti del bisogno sociale di assistenza sanitaria della collettività e vi è una diffusa consapevolezza di diversi fattori importanti che, oltre al prezzo, riguardano aspetti come: i meccanismi di selezione, valutazione e formazione del personale; monitoraggio e gestione del percorso di cura del paziente; i sistemi e le tecnologie digitali; il controllo dei costi amministrativi e di gestione; i rapporti con i pazienti e l'attenzione su di essi; l'efficienza e la funzionalità dei poliambulatori; la gamma di prodotti/servizi; la pubblicità e il marketing.

Il caso CMS viene di seguito descritto con l'ausilio di sei tabelle riepilogative.

La Tabella 5.1 mostra una comparazione in termini di costi e tempi di attesa tra servizi sanitari (visite specialistiche e diagnostica) erogati da parte di un ospedale pubblico, di un centro privato e di CMS, tutti all'interno dell'area della città metropolitana di Milano.

Le principali evidenze sono due: la prima deriva dalla comparazione dei prezzi tra il privato e il low cost: i prezzi delle specialità erogate da CMS sono significativamente più basse, circa il 30% in meno, paragonati a quelli di un importante centro privato milanese. La seconda evidenza è relativa alla comparazione tra il low costo e il pubblico in termini di tempi di attesa: il CMS ha tempi di attesa decisamente ridotti rispetto al sistema pubblico, in cui, soprattutto per la diagnostica, si è costretti ad attendere per mesi.

In questo modo, il modello low cost risponde alle inefficienze del pubblico per le lunghe attese e alle iniquità del privato per i costi delle cure.

La peculiarità del CMS è che le prestazioni, erogate in un tempo massimo di attesa di una settimana, sono a prezzo di ticket e il centro, essendo un privato non accreditato, non riceve nessun rimborso dal sistema pubblico. Il modello di business adottato da CMS consente loro di poter erogare dei pacchetti di prestazioni che abbattano drasticamente i costi: ad esempio, il Centro può erogare pap-test, mammografia ed ecografia al seno in un'unica prestazione e in questo modo abbassa il costo, al paziente costerà meno rispetto al ticket e potrà fare tutti i controlli, in una volta sola, in un tempo ragionevole. Afferma il Dr. Foresti che esempi di questo tipo *“sono leve vincenti del modello Santagostino e quanto lo distingue da un erogatore privato in*

convenzione col pubblico che, pur volendo, non riuscirebbe a fare questo tipo di operazione”.

Tabella 5.1 - Confronto tra prestazione per costo e tempi di attesa nella città metropolitana di Milano

	Prima visita oculistica		Visita odontoiatrica e igiene		Elettrocardiogramma		Eco Addome Completo	
SSN – Ospedale San Raffaele	23 E.	35 gg.	84 E.	30 – 150 gg	12 E.	1 gg.	44 E.	50 gg.
Media SSN	42 E.	da 30 gg a 9 mesi	60 E.	9 m.	42 E.	48 gg. - 5 m.	36,15 – 66,15 E.	58-71 gg.
CDI – Centro Diagnostico Italiano	da 80 a 138 E.	1 g.	90 E.	1 g.	22 - 50 E.	7 g	115 - 246 E.	7 g.
Centro Medico Santagostino	60 E.	0 g.	70 E.	2 gg.	25 E.	0-7 gg.	60 E.	0-7 gg.

Fonte: elaborazione propria da ats milano, hsr.it, cmsantagostino.it, cdi.it, VII Rapporto RBM – Censis sanità pubblica 2017, XIX Rapporto PIT salute 2017

Nella Tabella 5.2 si riepilogano le principali caratteristiche del caso.

Il CMS aderisce alla filosofia *low cost-high value* che persegue grandi volumi di vendita e bassi margini, in particolare attraverso le economie di scala e il modello di remunerazione del personale medico. Questo tipo di approccio al settore sanitario consente alle imprese di poter offrire una scelta ampia di servizi a prezzi sostanzialmente più bassi mantenendo una qualità molto elevata. In particolare, gli standard di qualità sono legati alla *customer satisfaction*, mettendo sempre al centro i bisogni dell’utente, e all’uso di servizi tecnologici innovativi, che migliorano e ampliano l’offerta.

Tabella 5.2 – Principali caratteristiche del modello di business di CMS

Fondazione	2009
Mission	“Salute al prezzo giusto”
Ragione sociale	Impresa for profit a vocazione sociale
Ambito territoriale	Nazionale
Quota di mercato	Risponde al bisogno di una fascia crescente di consumatori di visite specialistiche di alta qualità che siano economiche ed accessibili
Prezzo	Prezzi inferiori del 30-40% rispetto ai prezzi di mercato (visite specialistiche al prezzo fisso di 60 E.)
Soddisfazione dei clienti	Pazienti che cercano sanità di qualità con liste di attesa di una settimana o meno, in un ambiente piacevole per ottenere cure adeguate con il minimo stress

Tipologie di beni e servizi	Sanità ambulatoriale che fornisce un'attenzione mirata e individuale, volta a supportare i pazienti in ogni aspetto della loro salute, specialmente nel rapporto medico/paziente (scegliere sempre lo stesso medico e mantenere una relazione di lungo periodo, con tempi adeguati per il dialogo, servizi di consulenza gratuita e servizi di trasporto, aree dedicate ai bambini, servizi di mediazione cultural e counseling, accessibilità per persone con disabilità.
Personale	Review basate sulle performance, aumenti di salario e promozioni in denaro basate sul merito per il personale medico. Implementazione di routine organizzative negli uffici che garantisce la qualità e l'efficienza ed è utile quando si aprono nuove filiali o iniziative in franchising. Mobilità professionale e incentivi economici sono offerti principalmente ai dipendenti.
Servizi innovativi	Telemedicina, cartella clinica digitale, fast check, live chat, prenotazione e pagamento online, pagamento self-service, app mysantagostino, full cloud
Sostenibilità	Raggiunta nel 2016; dal 2009 al 2016 perdite sostenute dai soci
Partnership	<ul style="list-style-type: none"> - aumentare le relazioni con i fornitori di servizi volti a ridurre le spese e ad aprire nuovi centri - accordi con 26 compagnie di assicurazione (quasi il totale del mercato delle assicurazioni sulla vita) che mira a incrementare i fondi integrative per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria - welfare d'impresa: accordi con 300 imprese che mirano a migliorare il benessere e la salute dei dipendenti
Cross-subsidization	<ul style="list-style-type: none"> - fondi assicurativi e integrativi (23% dei profitti nel 2016) - welfare di impresa (20% dei profitti nel 2016) - diagnostica per immagini (23% dei profitti nel 2016)

Fonte: elaborazione propria

La terza, la quarta, la quinta e la sesta tabella descrivono le caratteristiche dimensionali ed economiche del caso (Tab. 5.3; Tab. 5.4; Tab. 5.5; Tab. 5.6).

I dati delle Tabelle 5.2 e 5.4 sono aggiornati al 2017 attingendo alle informazioni desunte dall'intervista con il CEO di CMS; i dati delle Tabelle 5.5 e 5.6 relative alle dimensioni puramente economiche sono aggiornati agli ultimi dati ufficiali pubblicati relativi all'ultimo documento di bilancio pubblicato nel 2017 e relativo all'anno 2016.

Tabella 5.3 – Crescita del CMS dal 2009 al 2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sedi	1	1	1	3	4	5	8	10	14
N. Ambulatori	20	20	21	29	53	68	108	125	174
Prestazioni erogate	7.777	18.079	32.518	41.549	73.101	155.000	257.952	408.898	623.510
Pazienti trattati	4.633	8.735	15.004	21.759	37.264	46.000	65.544	97.416	143.055
Fatturato	631.348	1.486.643	2.698.441	3.453.458	5.153.381	8.200.000	10.954.247	15.921.744	23.256.800
Crescita anno su anno	-	+ 35%	+ 82%	+ 28%	+ 49%	+ 59%	+ 33%	+ 43%	+ 46%

Fonte: elaborazione propria

Figura 5.2 – Espansione territoriale di CMS



Fonte: Report Annuale 2017

Tabella 5.4 – Caratteristiche dimensionali di CMS nel 2017

	2017
N. centri	14
N. specialità	174
N. pazienti	143.055
N. di prestazioni erogate	623.000
Tempo medio di attesa per l'accesso alla visita	3 gg.
Tempo medio di attesa per il contatto al call center	20 sec
Tempo medio per visita	40 min
Costo medio per visita	60 E.
Tasso di reclamo	0,12%
N. medici (dottori, specialisti e infermieri)	635
N. dipendenti	139
N. convenzioni	300

Fonte: elaborazione propria

Tabella 5.5 – Profitti divisi per specialità di CMS nel 2016

Profitti per specialità	2016	% sui profitti	2015	% sui profitti
Odontoiatria	3.513.282	22,96%	2.602.482	24,56%
Terapie	1.348.676	8,81%	1.090.626	10,29%
Visite ambulatoriali	8.647.909	55,34%	5.686.724	53,67%
Psico-terapie	1.256.335	8,21%	845.067	7,98%
Analisi del sangue	680.460	4,45%	363.549	3,43%
Diagnostica per immagini	34.797	0,23%	48	0,00%
Altri ricavi	-	-	7.365	0,07%
Total	15.301.459	100,00%	10.595.859	100,00%

Fonte: elaborazione propria

Tabella 5.6 – Dimensioni economiche di CMS nel 2016

	16vs15	2016	15vs14	2015	2014
Ricavi	44,5%	15.301.459	29,7%	10.595.859	8.173.458
Costi per i dipendenti	28,1%	2.718.352	30,7%	2.122.080	1.623.956
Costi per i medici	43,6%	6.593.086	29,7%	4.590.727	3.540.441

Fonte: elaborazione propria

I risultati estremamente positivi del progetto CMS sono la conferma di un modello vincente con le persone al centro. In prima istanza, la crescita esponenziale nell'andamento della società conferma che il progetto imprenditoriale sta raggiungendo sempre più i suoi obiettivi strategici: sviluppare un modello che in qualità, prezzo e modalità erogative sia aderente alle attuali necessità delle persone. Tutti gli sforzi professionali e finanziari compiuti dal CMS per continuare la crescita sono nella direzione di aumentare sempre di più la sintonia con gli utenti/pazienti per comprenderne i bisogni e soddisfarli nel miglior modo possibile e nel modo più accessibile sul piano economico.

5.2 Parte II. Analisi narrativa: il *social business model* del “Modello Santagostino”

Nella seconda fase di indagine, in approfondimento sul singolo caso del Centro Medico Santagostino, l'intervista con il CEO, Dr. Luca Foresti, è stata ri-analizzata e sottoposta ad analisi narrativa (Larty e Hamilton, 2011; Hytti, 2003; Riessman, 1993).

L'intento dell'indagine è identificare il nesso causale e la trama narrativa (Czarniaswka, 1998) e come l'intervistato costruisce il suo tentativo di innescare un paradigma nuovo nel settore sanitario. L'interesse della ricerca si è dunque concentrato sull'individuazione di elementi ascrivibili ai criteri di definizione dell'impronta sociale desunti dal *social business model framework* di Micheleni (2012) e sull'interpretazione delle motivazioni che muovevano il CEO a raccontare particolari elementi della sua storia.

Sin da Giugno 2010, Luca Foresti è il Chief Executive Officer di CMS⁶. Egli ha iniziato a raccontare la nascita di CMS e ha fornito una visione di quanto aveva in mente quando ha fondato il centro:

“Gli ospedali sono tipicamente concepiti come dei luoghi in cui tu hai necessità di recarti quanto hai un grave problema, luoghi con un grande carico di sofferenza che spesso li pervade. In ogni modo, io ho spesso nella mia mente una visione differente pensando agli ospedali, che era ed è ancora molto vicina alla realtà delle Health House... Non è un approccio completamente nuovo ma è un'idea che già da molto anni circola in Italia e in altre parti del mondo, ma sfortunatamente, è un'idea che non si è sviluppata velocemente come dovrebbe per poter fornire una buona assistenza sanitaria. La Health House che immagino è un posto piccolo di 600/1000 mq dove il paziente è al centro e medici e altri operatori sanitari lavorano attorno ai problemi del paziente come un team unico”

Luca orgogliosamente presenta l'idea di essere colui che prende le decisioni e aggiunge:

“Oggi, io sono l'amministratore delegato di un posto come CMS che è diventato un'enorme realtà per l'assistenza sanitaria. Attualmente abbiamo diverse cliniche e

⁶ Il CEO di Centro Medico Santagostino, Dr. Luca Foresti, ha autorizzato l'uso del suo nome e di questo in uno con il Centro Medico Santagostino.

penso che siamo il primo esempio in Italia di health house privata che segue il modello low cost-high quality”[sorride]

Queste parole mostrano chiaramente la novità del CMS rispetto agli operatori sanitari pubblici e privati. L'erogazione di un servizio pubblico da parte di un social business è il risultato del ridimensionamento del welfare state e degli aspetti critici del modello privato.

Per rispondere alle domande di ricerca e descrivere l'esperienza italiana di low cost come un *social business model*, il resto dell'analisi narrativa è organizzata seguendo quattro principali dimensioni: 1. *Business idea, start-up capital e low cost-high quality philosophy*; 2. *Social business model: the social value equation*; 3. *Social business model: the social profit equation*; 4. *Social business model: the social value proposition*.

Business idea, start-up capital e low cost-high quality philosophy

Luca descrive i punti di forza della mission di CMS nello sviluppare nuovi servizi e soddisfare bisogni sociali:

“La nostra mission è erogare sanità low cost e di alta qualità... Stiamo molto attenti nella gestione del contatto con i clienti e nelle procedure di prenotazione, con numerose opzioni per accedere ai servizi. I nostri punti di forza sono: l'alta qualità dei servizi; innovazioni tecnologiche di ultima generazione; servizi di comunicazione e informazione; liste di attesa ridotte; politiche di prezzo adeguate; centri accoglienti e in cui è piacevole trascorrere del tempo”.

L'enfasi nella descrizione di questi dettagli si riflette anche nei discorsi che il CEO ha usato in diverse occasioni. Egli ha trasmesso tre principali pensieri di base attraverso cui si delinea l'idea di business.

“Noi siamo partiti con tre segreti e li stiamo ancora seguendo nel perseguire le nostre attività: impact investing, low cost e alta qualità percepita”

Nella narrazione di Luca questi concetti sono definiti “segreti” che caratterizzano la *business idea* di CMS.

Per primo, egli ha spiegato l'innovativa forma di finanziamento *dell'impact investing*:

“L’impact investing non è altro che imprese che risolvono problemi nella società in modo sostenibile ed è molto importante per noi... Sapete che i fornitori di servizi sanitari privati di solito discutono se è buono o meno fare profitto sui pazienti e se è l’approccio giusto. Nel nostro concetto di impact investing, gli investitori non mettono continuamente denaro, ma lo hanno fatto solo all’inizio e noi siamo riusciti ad andare avanti. Il capitale paziente è la filosofia di Oltre Venture Capitale Sociale”

Questo aspetto dell’*impact investing* mostra l’esistenza di investitori che mirano a generare impatto sociale e ambientale indipendentemente dal ritorno finanziario. Rispetto alle tradizionali forme di finanziamento, il capitale paziente si assume un rischio più alto a ritorni più bassi ed è finanziariamente sostenibile nel medio-lungo termine, generalmente dai 5 ai 10 anni.

Luca continua raccontando il secondo e il terzo dei “segreti” di CMS:

“I nostri prezzi sono inferiori del 30-40% rispetto ai prezzi di mercato con informazioni chiare e trasparenti sui prezzi applicati ad ogni tipo di servizio. Il prezzo basso nel nostro caso è molto vicino a quanto i pazienti italiani pagano per del ticket pubblico nel sistema sanitario nazionale... questo è ciò che significa low cost nel nostro caso... molto semplicemente [ridendo]”.

Le rappresentazioni testuali di questi segreti sono inoltre radicate nel modo in cui lui le descrive:

“Secondo la mia opinione, l’unico modo per ottenere un’assistenza sanitaria di basso costo e di alta qualità è quello di sfruttare al massimo delle potenzialità l’investimento che si ottiene... Noi siamo aperti 13 ore al giorno per 7 giorni su 7... Così sfruttiamo al massimo l’attrezzatura. In questo modo, alti livelli di performance ci permettono di raggiungere importanti economie di scala... [parlando con entusiasmo]”.

Luca ha illustrato molto chiaramente la stretta connessione tra low cost e alta qualità percepita:

“Siamo in grado di mantenere la qualità aumentando i volumi... L’alta qualità percepita si ottiene soprattutto lavorando su tutto il percorso di cura del paziente, non solo in relazione alla qualità dei medici, ma anche sulla base della relazione che si crea tra i medici e pazienti, alla qualità del protocollo che si sta applicando e così

via. Abbiamo scelto di lavorare molto duramente su ogni parte della catena per raggiungere i livelli migliori, considerando ad esempio anche la qualità del call center e le procedure di prenotazione, il taglio dei tempi di attesa, la cura e l'assistenza nelle procedura di check-in...".

Un altro aspetto è l'approccio partecipativo che Luca intende creare e mantenere per il benessere dei pazienti. Gli piace molto l'idea di relazioni solide e informali con i pazienti attraverso un'atmosfera positiva con i dipendenti.

"[Per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi e l'accesso delle informazioni] ... Lo spazio del centro è parte integrante del servizio sanitario, un posto bellissimo, accessibile e friendly, in cui potersi sedere e trascorrere del tempo chiacchierando, in cui ci si può connettere con wi-fi gratuito e attendere la visita mentre i bambini possono godere di spazi interamente dedicati a loro. Questo influenza positivamente il benessere dei pazienti che entrano. La trasparenza e l'apertura consente ai pazienti di sapere tutto: possono vedere il nome dei medici, vedere le loro foto, i loro curricula, i prezzi di ogni servizio, conoscere il tempi di attesa per la visita e avere tutte queste informazioni da casa, perché sono tutte disponibili sul nostro sito web... se sei capace di raggiungere questi standard, i pazienti si fideranno di te e ti sceglieranno ancora e ancora...".

Questi discorsi mostrano chiaramente che CMS è capace di testare un modello innovativo di erogazione dei servizi.

Con lo stesso atteggiamento soddisfatto ed entusiasta, Luca ha sottolineato il successo di CMS:

"Dopo anni, abbiamo sperimentato molte cose diverse. Naturalmente, non sto parlando di ricerca scientifica o innovazione clinica. Sto parlando di nuove sperimentazioni sui servizi... Se vuoi fare innovazione nel settore sanitario, devi ricercare continuamente nuove modalità per fornire i servizi. Alcune di queste andranno bene, altre meno e dovranno essere cambiate".

Un altro aspetto importante che emerge dalle parole di Luca riguarda i meccanismi di selezione, assunzione e formazione delle risorse umane: "...cosa è buono per i pazienti è buono anche per i dottori e non viceversa". Ciò significa che è fondamentale lavorare molto sulla qualità dei pazienti, così medici e infermieri saranno disposti a lavorare nelle case della salute e ha aggiunto:

“Sono dell’opinione che la qualità del lavoro, [mimando con le mani le virgolette] la personalizzazione del servizio per i pazienti e la stabile remunerazioni con i medici sono le principali motivazioni intrinseche e meccanismi di engagement che ci consentono di usare a nostro vantaggio le risorse umane qualificate”.

Social business model: the social value equation

Luca ha presentato e descritto l’idea di low cost come un social business model, spiegando come un modello di business può perseguire obiettivi sociali, e dicendo che *“la sostenibilità sociale è parte integrante del modello di business di CMS”.*

CMS produce innovazione sociale attraverso la capacità di erogare servizi sanitari gratuiti per coloro che non possono affrontare alcun pagamento:

“Il nostro [business] model è un social business anche perché noi promuoviamo alcuni progetti come “santagostino per tutti” e “un dono che cura” che sono capaci di consentire l’accesso gratuito alle cure a pazienti fortemente indigenti, in particolare per le visite di odontoiatria e di psicoterapia”.

Social business model: the social profit equation

Luca ha sottolineato che è importante costruire relazioni tra i diversi attori al fine di rafforzare le conoscenze, le competenze per sviluppare nuovi servizi nel settore sanitario per soddisfare le esigenze dei pazienti.

Ha affermato:

“Il modello di business ha come valore etico l’equilibrio economico e l’autonomia finanziaria, riducendo così la tensione al profitto. Miriamo a creare iniziative in grado di generare valore sociale ed economico lungo tutta la catena di fornitura e vogliamo coinvolgere pazienti, dipendenti e azionisti... Siamo in grado di tagliare i costi e aprire nuovi centri anche grazie alle relazioni di lungo periodo con tutti i nostri fornitori che ci ha permesso di noleggiare le nostre attrezzature attraverso formule innovative”.

Il CEO alla fine di questo discorso ha aggiunto un altro punto che noi colleghiamo strettamente alla dimensione della *social profit equation*.

“[Parlando con voce leggermente più alta] ... Di conseguenza il surplus che siamo in grado di ottenere è di nuovo investito per portare avanti i nostri progetti... Sapete, dal 2009 abbiamo aperto quattordici centri”.

Il modo in cui la sinergia tra modelli di assistenza sanitaria privata e low cost genera processi di innovazione sociale si riflette nella narrativa di Luca.

“La percezione comune circa l'assistenza sanitaria pubblica è che se hai un volume maggiore di pazienti, hai meno qualità, perché hai meno spazio e meno tempo per fornire assistenza. Secondo il “modello Santagostino”, la possibilità di applicare l'approccio low cost nell'erogazione di servizi privati significa che un maggior volume di pazienti comporta maggiori risorse e di conseguenza questo significa assistenza sanitaria migliore per i cittadini ... Quindi dobbiamo cambiare paradigma se vogliamo offrire buona sanità alle persone, andando oltre il pubblico e il privato”.

Social business model: the social value proposition

La *social value proposition* di CMS emerge chiaramente nei discorsi di Luca che descrive alcuni aspetti che posizionano CMS all'interno delle iniziative di innovazione sociale.

Questo aspetto echeggia nei discorsi di Luca quando evidenzia tre elementi di base di CMS: il primo elemento si riferisce all'approccio bottom up.

“...Siamo nati condividendo obiettivi e procedure con investitori, cittadini [attraverso indagini specifiche], medici. Nelle fasi di start-up siamo stati supportati da primari, direttori di personale medico e medici senior dei principali ospedali di Milano.... Essi supportano il Centro nel processo di reclutamento di medici e infermieri, nella progettazione dei servizi e nella gestione delle attività cliniche”.

Il secondo elemento si riferisce al ruolo chiave dei pazienti.

“Attraverso l'uso di sistemi digitali e di innovazioni ICT, i nostri pazienti svolgono un ruolo proattivo nel monitoraggio e nella valutazione dei servizi sanitari, e di conseguenza nella gestione del centro; hanno un ruolo attivo nell'esperienza della visita medica, che viene valutata ex post e nella valutazione del rapporto qualità/prezzo”.

Infine, Luca si riferisce alla capacità di ingaggio della community.

“Penso che noi [come cittadini] dovremmo avere una casa della salute con un approccio low cost come il CMS in ogni comunità, al fine di poter erogare la maggior parte dei servizi sanitari di cui le persone hanno bisogno. Ciò si potrebbe raggiungere con un processo di costruzione dal basso verso l'alto per consentire non solo un'assistenza sanitaria in termini di cura, ma anche un'assistenza sanitaria in termini di istruzione e prevenzione. Un approccio che mi piace chiamare “approccio salutogenetico” [sorridente]”.

In questa narrazione, Luca ha fornito diverse idee che confermano l'ipotesi che il modello low cost sia in grado di determinare un cambiamento sociale e una trasformazione (Nicholls e Murdock, 2012) nell'assistenza sanitaria italiana perché è in grado di rappresentare una valida alternativa ai modelli di business convenzionali, superando l'approccio tradizionale pubblico e privato. In conclusione, per rafforzare l'indagine della componente sociale del caso, l'analisi tenta di mettere in connessione una serie di affermazioni rintracciate nell'intervista con le principali definizioni del termine *social innovation* individuate dalla review della letteratura nazionale e internazionale.

Le Tabelle 5.7 e 5.8 riportano i principali enunciati dell'analisi narrativa, comparati ai cinque principali usi del termine *social innovation*, e i relativi significati sottintesi che tali narrative hanno nel modello di business del Centro Medico Santagostino.

Tabella 5.7 – Analisi narrativa combinata con le definizioni di *social innovation* ed elementi di innovazione sociale nel CMS (1)

Narrativa dalle interviste	Usi del termine “social innovation” nella letteratura	Elementi di innovazione sociale in CMS
<p><i>“La nostra mission è fornire sanità di qualità a basso costo. I nostri prezzi sono del 30-40% inferiori ai prezzi di mercato con informazioni chiare e trasparenti riguardo ai prezzi per ciascuna tipologia di servizio. Noi stiamo molto attenti nella gestione delle procedure di contatto e prenotazione con diverse opzioni per l'accesso ai servizi e il check-in”.</i></p>	<p><i>“Process of social change and societal transformation”</i> (Nicholls e Murdock, p. 22, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combinare valore sociale e innovativo per la comunità e performance, creando un equilibrio che soddisfi le esigenze dei pazienti e fornisca una migliore qualità e benessere. • Rispondere ad un bisogno sociale in modo più efficienti rispetto alle soluzioni già esistenti.
<p><i>“Siamo in grado di mantenere la qualità aumentando i volumi e garantendo la sicurezza della remunerazione ai medici. In questo modo, alti livelli di performance ci permettono di raggiungere economie di scala”. “... Siamo aperti 13 ore al giorno, 7 giorni su 7”.</i></p>	<p><i>“A model of business strategy and organisational management”</i> (Nicholls e Murdock, p. 24, 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficienza organizzativa • Sostenibilità finanziaria nel medio-lungo periodo
<p><i>“La sostenibilità sociale è parte integrante del nostro modello di business.... Il modello di business ha come valore etico l'equilibrio economico e l'autonomia finanziaria, riducendo la tensione al profitto. Miriamo a creare iniziative in grado di generare valore sociale ed economico lungo l'intera catena di fornitura e vogliamo coinvolgere pazienti, dipendenti e azionisti”.</i></p>	<p><i>“Social innovation is used to describe social entrepreneurship”</i> (Hoogedoorn et al., p. 9, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteggiamenti e comportamenti correlate alle imprese sociali. • Business orientato agli obiettivi sociali. • Miglioramenti misurabili in termini di outcomes.

Fonte: elaborazione propria

Tabella 5.8 – Analisi narrativa combinata con le definizioni di *social innovation* ed elementi di innovazione sociale nel CMS (2)

Narrativa dalle interviste	Usi del termine “social innovation” nella letteratura	Elementi di innovazione sociale in CMS
<p><i>“I nostri punti di forza sono: l’alta qualità dei servizi; l’innovazione tecnologica; i servizi di comunicazione e informazione; i tempi di attesa ridotti; i prezzi; i centri accessibili e accoglienti”.</i></p> <p><i>“I nostri pazienti sono proattivi nel monitoraggio e nella valutazione dei servizi e dell’organizzazione del centro; dell’esperienza della visita medica e della valutazione del rapporto qualità-prezzo”.</i></p>	<p><i>“A practical development and implementation of new products, services and programmes which meet social needs”</i></p> <p>(Murray et al., p. 3, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fornitura di servizi pubblici da parte di imprese sociali come risultato della crisi del welfare state e delle criticità degli attori privati • Innovazioni applicate con nuove modalità nel campo della sanità
<p><i>“Nelle fasi di start-up siamo stati supportati da primari ospedalieri; direttori del personale medico e medici senior dei principali ospedali di Milano.... Essi forniscono assistenza per il reclutamento di medici e infermieri e per la progettazione dei servizi”.</i></p> <p><i>“... Siamo in grado di tagliare i costi e aprire nuovi centri anche grazie alla relazione a lungo termine con tutti i nostri fornitori che ci ha permesso di noleggiare le nostre attrezzature attraverso formule innovative”.</i></p>	<p><i>“A model of governance, empowerment and capacity building”</i></p> <p>(Gerometta et al., p. 2010, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interrelazioni tra diversi attori al fine di rafforzare le abilità e le competenze per sviluppare nuovi programmi di salute. • Partnership tra attori privati, organizzazioni non profit e istituzioni pubbliche

Fonte: elaborazione propria

5.3 Discussione dei risultati

I risultati dell’indagine empirica che sono stati presentati mostrano che la componente sociale è un elemento innovativo e fondamentale del modello low cost applicato all’erogazione di servizi sanitari da parte di un sottoinsieme di soggetti della sanità privata, le cosiddette imprese sociali.

L’analisi condotta conferma il modello di Bhattacharyya et al. (2010), che, nella classificazione delle *business model innovation* per lo sviluppo dell’assistenza

sanitaria, colloca l'utilizzo del modello low cost tra gli approcci innovativi delle strategie finanziarie nei processi di business che un'organizzazione sanitaria può adottare. L'innovazione del modello di business con un approccio low cost ha in sé, dunque, le potenzialità per rispondere meglio ai bisogni di salute della collettività perché in grado di produrre un impatto sociale in termini di accessibilità, disponibilità e qualità. Questo assunto del modello concettuale di Bhattacharyya et al. (2010) è frutto di una indagine empirica condotta su 10 casi individuati in Paesi in via di sviluppo. Tuttavia, se questo è assunto vero per i Paesi a basso-medio reddito che hanno limitato accesso a servizi sanitari di qualità, dall'indagine esso viene confermato anche nel contesto sanitario italiano, avvalorando la tesi di Prahalad (2011) per cui i modelli di business concepiti come laboratori di innovazione per i mercati a basso reddito possono essere mutuati anche per le economie sviluppate.

Tali risultati sono emersi, in risposta alla *RQ1*, utilizzando come strumento di analisi le componenti tipiche del *social business model* teorizzate da Yunus et al. (2010), Dacin et al. (2010), Massetti (2008) e WBCSD (2008) successivamente ampliate dallo studio di Michellini (2012). Sulla base delle 3 dimensioni caratteristiche della *social value proposition*, della *social value equation* e della *social profit equation*, nei quattro casi indagati sono emersi una serie di elementi di analisi che ri-orientano la lettura del modello low cost, in un'ottica più ampia rispetto al tradizionale approccio delle politiche di *pricing*. Di grande rilevanza per l'inquadramento delle esperienze analizzate è stata anche l'analisi dello *startup capital*, a conferma del modello di Bhattacharyya et al. (2010) che include nelle dimensioni anche il *capital funding*.

Tenendo conto di queste dimensioni di analisi, nel tentativo di rispondere alla *RQ1*, si può sostenere, a partire dai risultati dell'indagine empirica, che se il modello low cost è importato nel contesto sanitario da parte di un'organizzazione che rientra nella più ampia definizione di impresa sociale (Seelos e Mair, 2005; Mair e Martì, 2006) ha le potenzialità di poter essere un modello in grado di aiutare a risolvere una sfida globale (Mintzberg, 2017; Kim et al., 2013; Porter e Teisberg, 2006; Kim et al., 2013; George et al., 2015), quella dell'assistenza sanitaria inclusiva (Angeli e Jaiwal, 2016), rispondendo alla domanda di salute della collettività e generando valore

sociale mentre contemporaneamente genera profitto (Alter, 2007; Grassl, 2012; Nicholls, 2008; Rangan et al., Austin et al., 2005, 2007).

Quanto più il modello low cost può essere, dunque, identificato come un *social business model*, ovvero come un modello economicamente sostenibile e orientato all'obiettivo sociale generando profitti (Borzaga e Defourny, 2001; Dees, 2001; Defourny et al., 2014; Kerlin, 2009; Nyssens, 2006), tanto più può essere considerato come un modello di business alternativo ai modelli tutto pubblico e tutto privato che attualmente non riescono più a soddisfare la domanda di salute.

I risultati dell'analisi di approfondimento sul Centro Medico Santagostino (CMS), in risposta alla *RQ2*, sono una conferma dell'assunto di Michelini (2012), secondo cui la creazione di valore condiviso è uno degli elementi trainanti dei processi di *social innovation*. Il social business model di CMS è impostato secondo la logica della *value constellation* (Normann e Ramirez, 1993) ed è in grado di produrre innovazione ad ogni passaggio della catena del valore, sia nei processi medici che in quelli di business (Porter e Teisberg, 2006). Tali innovazioni del business model finalizzate a migliorare lo status quo erogando soluzioni soddisfacenti per problemi sociali insufficientemente risolti possono essere considerate innovazioni sociali. Questo conferma, infatti, la definizione di innovazione sociale di Christensen et al. (2006) che la considera come un sottoinsieme del più ampio concetto di *disruptive innovation*, ovvero quelle innovazioni in grado di generare profitti e attivare cambiamenti sociali sistemici attraverso la crescita e la replicabilità.

Dopo aver sintetizzato le *Research Question* connettendole con le teorie chiamate a sostenerle, il resto del paragrafo, suddiviso in tre sezioni, tenta di stabilire un dialogo con il dibattito teorico di ciascuna area a partire dai risultati dell'indagine empirica.

5.3.1 Principali risultati e considerazioni rispetto al *business model*

L'adozione di modelli di business basati sull'idea di creazione di valore e sostenibilità sociale costituisce sicuramente uno degli elementi di maggior innovazione e interesse delle esperienze analizzate.

Questo conferma il principale contributo che viene dalla letteratura BOP (Prahalad, 2004, 2011; Simanis e Hart, 2008) sui modelli di business, ovvero quello di considerare le persone che vivono in povertà o che hanno un determinato bisogno da

soddisfare come un mercato, cui destinare specifici prodotti e servizi con l'obiettivo di realizzare un business ma con l'intento anche di generare un cambiamento sociale nel soddisfare quella necessità (Rangan et al., 2007).

In questa direzione, si collocano tutte le scelte di business model che si orientano alla logica della creazione di valore (Porter e Kramer, 2006, 2011; Austin et al., 2007; Zott e Amit, 2010; Johnson et al., 2008).

Per cui, i modelli di business delle esperienze analizzate rientrano nelle due macro-categorie individuate da Sánchez e Ricart (2010) per raggiungere i mercati *low-income*. Mentre nell'*isolated business model*, l'obiettivo dell'organizzazione è quello di aumentare l'efficienza riducendo i costi e fissando i prezzi al di sotto del livello che i consumatori sono disposti a pagare, nell'*interactive business model*, l'organizzazione mira a generare innovazioni che aumentano la disponibilità a pagare aumentando il valore creato per i clienti e incrementando così la disponibilità dei clienti al pagamento. Entrambe le macro-categorie sembrano essere rintracciabili nei modelli di business delle esperienze analizzate in cui le organizzazioni da un lato sfruttano le economie di scala per ridurre i costi e offrire prestazioni sanitarie a prezzo di ticket, dall'altro, in particolare per quanto riguarda il CMS, si delinea una strategia di innovazione, soprattutto digitale, che aumenta il valore per il paziente, il quale diventa sempre più disponibile a sostenere il pagamento.

L'adozione di un modello di business orientato alla creazione di valore connota le scelte strategiche lungo tutta la catena: dall'individuazione dei partner e dei fornitori, al posizionamento rispetto al servizio pubblico e privato, fino alla configurazione di prodotto e ai modelli operativi di funzionamento (Porter e Teisberg, 2006; Porter, 2010; Porter e Lee, 2013).

La catena del valore in sanità descrive ogni passaggio nel processo, clinico e di business, che aggiunge valore al prodotto o servizio prima che esso venga erogato al cliente finale, in questo caso, il paziente. All'interno dello sviluppo della catena del valore in sanità possono essere collocate tutte quelle innovazioni che Weberg (2009) definisce qualcosa di nuovo, o percepito come tale dalla popolazione che fa esperienza di quell'innovazione, che ha la potenzialità di guidare un cambiamento e ridefinire il potenziale economico e/o sociale dell'assistenza sanitaria. La novità in una innovazione può essere anche la riformulazione di idee già esistenti in nuove

modalità, la creazione di nuovi processi o prodotti, l'utilizzo di un processo preso da un altro settore e adattato in uno in cui questo processo non è mai stato utilizzato, o ancora la ridefinizione di un'organizzazione in un modo nuovo e differente.

L'innovazione dei modelli di business delle esperienze analizzate è l'adozione e applicazione del modello low cost all'erogazione di assistenza sanitaria. Tale scelta è sicuramente sovraordinata rispetto alla necessità di trovare ottimizzazioni in grado di sorreggere l'impostazione low cost. A livello operativo, si riscontrano in particolare alcune aree privilegiate di intervento:

- meccanismi di selezione, valutazione e sviluppo del personale incentrati su una vision chiara e una cultura organizzativa forte, che producono un elevato commitment in direzione del miglioramento continuo e di comportamenti organizzativi orientati agli standard di costo, di qualità funzionale e di servizio;
- modelli di remunerazione del personale che favoriscono la convergenza degli obiettivi individuali verso quelli strategici e di sviluppo delle iniziative. Mentre in altri settori il costo del personale non è rilevante per formare la struttura dei costi dell'azienda, nel caso del modello low cost in sanità, i costi sono in larga parte i costi delle persone: quindi, in realtà, quando si parla di low cost in sanità bisogna considerare che è il modello di remunerazione dei medici consente di fare dei prezzi soddisfacenti per gli utenti/pazienti. Non per questo esso può essere un modello in cui si scambia il costo con la qualità, ma deve essere un modello in cui si riesca ad avere costi contenuti e qualità elevata, combinazione che si ottiene attraverso i volumi;
- sistemi informativi con software dedicati in grado di garantire al medico e alla struttura il massimo apporto di tipo informativo;
- portafoglio prodotti che, seppur con diverse scelte e orientamenti, è precisamente pensato su una gamma di prestazioni sanitarie che consentono sinergie, favoriscono il pieno utilizzo della capacità produttiva e garantiscono la sostenibilità economica dell'iniziativa;
- miglior gestione dei processi produttivi, attraverso la definizione di protocolli e procedure operative pensati e sviluppati nell'ottica di garantire la qualità e

l'efficienza dell'intero percorso del paziente. I processi operativi oggetto di particolare attenzione per i casi analizzati sono i processi principali che più direttamente contribuiscono alla creazione del servizio offerto al paziente e determinano il percorso del paziente da quando entra nel centro a quando finisce il processo di cura. Per ognuna delle fasi principali – contatto e prenotazione, accoglienza, visita e post visita – sono definiti i ruoli coinvolti, gli elementi misurabili, gli strumenti di controllo e/o i punti di particolare criticità e attenzione da presidiare. La prenotazione delle visite è sempre gestita in maniera centralizzata e consente alti livelli di programmazione della produzione;

- efficienza della struttura e del layout, con caratteristiche progettate per ottimizzare la funzionalità dei centri;
- legami con i clienti e i fornitori basati su un'idea di collaborazione e attivazione di percorsi virtuosi di miglioramento. In tutti i casi analizzati viene effettuato un costante monitoraggio della soddisfazione dei clienti tramite questionari e, nel particolare caso di CMS, sono anche valutati i livelli di soddisfazione dei medici per i vari aspetti della loro attività professionale presso il centro. I fornitori sono scelti sulla base di affidabilità e qualità;
- forme di marketing e comunicazione che utilizzano un media mix coerente con l'esigenza di massimizzare i risultati cercando di non impegnare parti rilevanti del budget in attività non *core*. Il canale di comunicazione privilegiato è il web.

5.3.2 Principali risultati e considerazioni rispetto al *social business model*

L'analisi delle esperienze analizzate e in particolare del Centro Medico Santagostino conferma quanto sostenuto nel dibattito accademico da Mair e Schoen (2005), Osterwalder et al. (2010) e Yunus et al. (2010) sulla limitatezza dei framework di analisi tradizionali di *business model*. Essi risultano inadeguati per l'analisi delle nuove forme di organizzazioni ibride, in cui la componente sociale si rivela di grande importanza. Il *social business planning*, come campo di ricerca in costruzione, sta patendo alcune delle stesse malattie che il campo dell'imprenditorialità sociale ha

sofferto nei primi tempi prima che diventasse *mainstream* sia nei media che nel mondo accademico (Ballesteros-Sola, 2014).

Da una review della letteratura esistente sul *social business model*, si tenta di inquadrare i principali modelli in grado di rispondere ai bisogni dei mercati a basso-reddito ma allo stesso tempo di intercettare anche nei paesi sviluppati quella domanda latente che nasce da bisogni insoddisfatti.

Entrambi i modelli di *social business* e di *inclusive business* sono economicamente sostenibili e sono orientati all'obiettivo sociale generando profitti (Fig. 5.3).

Figura 5.3 – Classificazione dei *social business model*

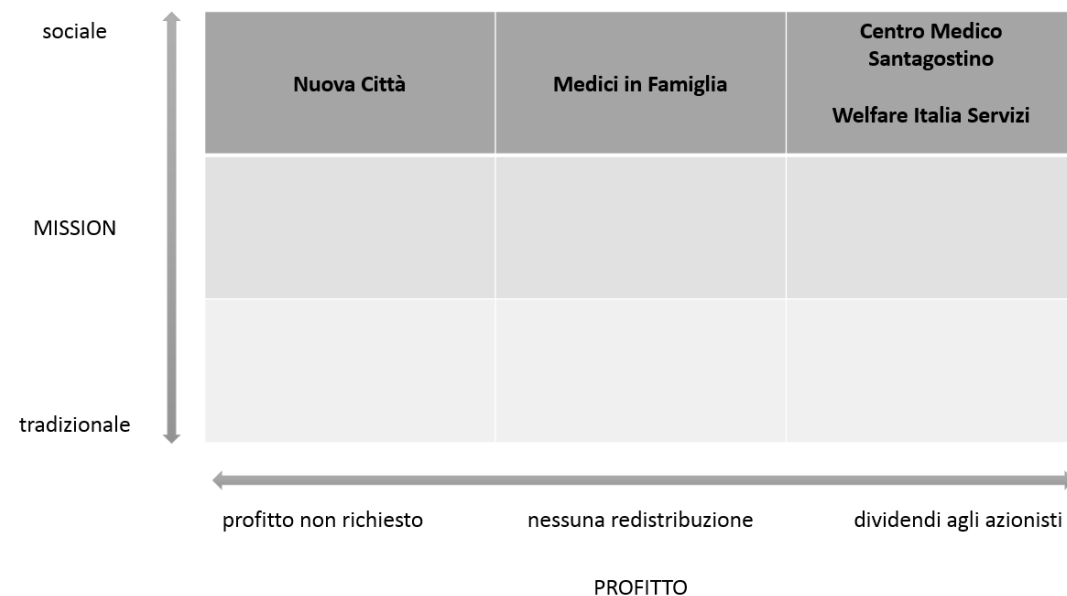


Fonte: adattato da Michelini, 2012

Gli elementi principali tenuti in considerazione dalla review della letteratura sono la mission e il profitto. Il primo punto riguarda la declinazione dell'attributo "social" che è strettamente legato alla definizione dell'obiettivo sociale da parte dell'organizzazione; il secondo riguarda il profitto nella misura in cui esso viene redistribuito o meno ai soci azionisti. Usando queste due dimensioni si definisce una matrice (Fig. 5.3) che consente di classificare le diverse forme di social business model e di inquadrare le esperienze analizzate. Nel quadrante in alto a sinistra si colloca l'esperienza di Nuova Città, che essendo una organizzazione non profit, ha

da statuto l'obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali legate alla missione sociale. Anche la collocazione di Medici in Famiglia è dettata dalla ragione sociale dell'organizzazione che in quanto start up innovativa a vocazione sociale ha la finalità sociale come mission e ha da statuto l'obbligo di reinvestire il 100% degli utili in assistenza gratuita, non garantendo dunque nessuna redistribuzione al gruppo societario. Infine, nel quadrante in alto a destra che include i *social business model* utilizzati da organizzazioni che, nella veste di imprese tradizionali, possono scegliere di perseguire una missione sociale, si collocano le esperienze di Welfare Italia Servizi e Centro Medico Santagostino (Fig. 5.4). In particolare, quest'ultimo ha una missione sociale ben definita e allo stesso tempo persegue il profitto secondo il criterio del "capitale paziente" redistribuendo dividendi agli azionisti in percentuale minima perché il ritorno finanziario è strettamente collegato all'impatto sociale.

Figura 5.4 – Classificazione dei casi analizzati di social business model in sanità



Fonte: elaborazione propria

Il modello di business di CMS è affine alla definizione di business model inclusivo di Marquez et al. (2010) perché si basa sul concetto di *value constellation*, per cui uno degli obiettivi principali è quello di generare valore per l'impresa, gli azionisti e i dipendenti, per gli utenti/pazienti e per i fornitori (Norman e Ramirez, 1993). Il

modello di business inclusivo consente all'organizzazioni di condurre la propria attività in modo responsabile e, allo stesso tempo, generare valore economico e sociale (Marquez et al. 2010)

Allo stesso tempo, esso è affine al concetto di *social business* così come definito dalla Commissione Europea (2011) che usa il termine *social business* e *social enterprise* come sinonimi per indicare "un operatore nell'economia sociale il cui obiettivo principale è avere un impatto sociale piuttosto che realizzare un profitto per i proprietari o gli azionisti. Opera fornendo beni e servizi per il mercato in modo imprenditoriale e innovativo e utilizza i suoi profitti principalmente per raggiungere obiettivi sociali. È gestito in modo aperto e responsabile e, in particolare, coinvolge dipendenti, consumatori e stakeholder dalle sue attività commerciali" (p. 2).

5.3.3 Principali risultati e considerazioni rispetto al modello low cost

I risultati delle esperienze analizzate confermano la presenza di una serie di elementi osservabili nel modello low cost in sanità che sono convergenti al tradizionale modello di business low cost, come desunto dalla letteratura sul *business model* low cost.

In primo luogo, essi confermano la tesi di Viancos (2009) per cui il modello low cost si distacca dal paradigma che un prodotto/servizio a buon mercato è sinonimo di scarso valore e ridefinisce la relazione tra prezzo e valore in modo innovativo.

Inoltre, dai casi di low cost in sanità, è evidente che la scelta di posizionamento è fondamentale perché deve essere in grado di intercettare una domanda latente e deve prestare particolare attenzione al contesto in cui si realizza l'attività (Plowman, 1994; Cassia, Fattore e Pleari, 2006).

Tale scelta colloca alcune iniziative come *first mover*, come nel caso di Centro Medico Santagostino, che al momento è ancora l'unico a detenere una sorta di vantaggio competitivo sul mercato, probabilmente per il vantaggio di essere stato il pioniere e anche per l'oggettiva difficoltà nel replicare il modello, come sostengono Alamdari e Fagan (2005).

Altri elementi confermano l'idea di Edvardsson e Enquist (2011) per cui il modello low cost comprende il concetto di *customer value* e dunque sono fondamentali aspetti come l'utente/paziente al centro, l'elevata componente relazionale del

servizio, la valorizzazione del rapporto medico/paziente, la facilità di accesso, la shopping *experience*, l'ubicazione di facile accessibilità e l'utilizzo di web e social media.

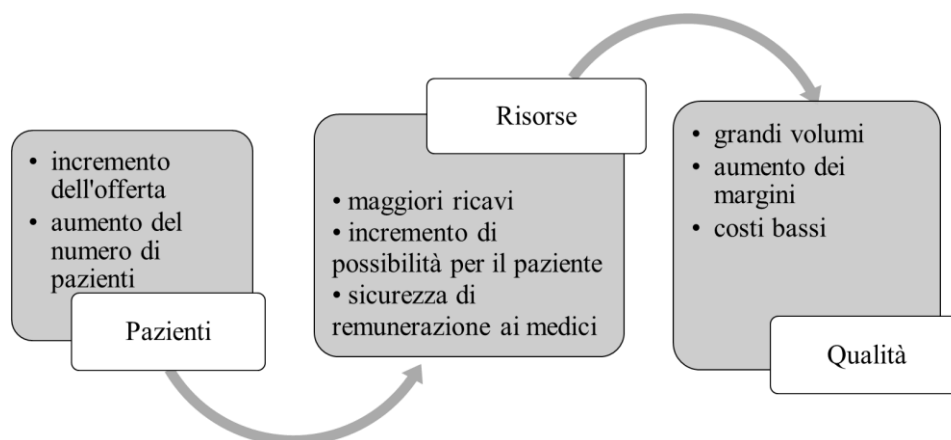
I casi analizzati confermano, pertanto, la stretta connessione tra modello low cost e proposizione di valore, che è il connubio sotteso alla filosofia *low cost-high value* (Del Vecchio e Rappini, 2011; Cinosi e Rizzo, 2013; Querci, 2013; White, 2014; Querci e Gazzola, 2017).

L'applicazione del modello al settore sanitario rivela anche determinate peculiarità che sono riscontrabili a partire dai risultati del Centro Medico Santagostino e che vengono di seguito descritte secondo quattro temi, seguendo il modello di Bhattacharyya et al. (2010): le economie di scala; la *cross-subsidization*; l'innovazione digitale e la gestione delle risorse umane.

Economie di scala

Dato l'imperativo della riduzione dei costi e dei bassi margini della clientela, il modello di business low cost in sanità raggiunge la redditività e la sostenibilità principalmente attraverso l'effetto scala. Esso si realizza attraverso la riduzione del costo unitario a fronte dell'incremento dell'offerta e dell'aumento del numero di pazienti che apportano maggiori risorse. In questo modo si garantisce la sicura remunerazione ai medici e si aumentano le possibilità per il paziente, garantendo alti volumi e la possibilità di mantenere bassi i costi delle prestazioni (Fig. 5.5).

Figura 5.5 - Le economie di scala del *low cost-high value*



Fonte: elaborazione propria

Un altro aspetto importante per il mantenimento del costo basso è la rete di relazioni, in particolare con i fornitori. Nei primi 5 anni di attività, il Centro Medico Santagostino ha dovuto acquistare i macchinari dai fornitori per l'apertura di ogni nuovo centro, spendendo circa 90.000 E. per stanza per ogni nuovo ambulatorio. La costruzione e il mantenimento di una rete di relazioni con i fornitori solida e condivisa sulle finalità sociali gli ha consentito negli ultimi tre anni di non dover più acquistare i macchinari ma utilizzare la logica del noleggio operativo. In questo modo, i costi per l'avvio di nuovi centri si sono notevolmente abbattuti; nel 2017, il costo per stanza per ogni nuovo ambulatorio è un investimento di circa 25.000.

Cross-subsidization

Assicurare un adeguato mix di specialità a basso costo e più costose è spesso cruciale, al fine di ottenere sovvenzioni incrociate.

Il Centro Medico Santagostino persegue questo obiettivo in due modi:

- 1) da un lato, promuove un meccanismo organizzativo in cui i ricavi di una parte delle specialità più costose va a coprire il disavanzo provocato dalle specialità che sono al di sotto del prezzo di mercato, es. assicurazioni (23% del fatturato); welfare aziendale (20% del fatturato) e diagnostica per immagini (23% del fatturato);
- 2) dall'altro, promuove una sorta di sistema informale di cross-subsidization creato dal coinvolgimento degli stakeholder al fine di garantire l'accesso alle cure dei pazienti indigenti. Ne è un esempio il progetto "santagostino per tutti", fondo per l'assistenza gratuita che si alimenta con le donazioni dei pazienti più ricchi e con il 5% dello stipendio dei medici.

Innovazione digitale

L'introduzione di innovazioni tecnologiche è una delle modalità fondamentali per ridurre i costi di produzione e di sviluppo dei servizi sanitari specialistici.

Una modalità di assistenza sanitaria permessa dall'uso della tecnologia è la telemedicina. Il Centro Medico Santagostino offre videoconsulti online per circa 20 specialità, disponibili tramite pc o dispositivi *mobile* (smartphone o tablet), in particolare per prestazioni di tipo continuativo come le psicoterapie. La prenotazione

avviene online in pochi minuti; si può scegliere la visita, lo specialista e la fascia oraria in cui effettuare il videoconsulto; il pagamento avviene con carta di credito o Paypal; ed è addirittura previsto un servizio di accompagnamento al Centro per i pazienti che hanno difficoltà di mobilità grazie ad una convenzione con la start up UGO che offre un servizio di *car sharing*. Dall'analisi emerge però che i volumi di questo particolare prodotto sono ancora molto bassi perché c'è poco uso da parte dei pazienti, probabilmente per una scarsa sensibilizzazione culturale al tema della telemedicina.

L'utilizzo principale che il Centro Medico Santagostino fa dell'innovazione digitale e tecnologica è a servizio del ciclo di cura del paziente. Il paziente può infatti servirsi di funzioni e servizi sempre più veloci e facili per migliorare l'esperienza di cura prima, durante e dopo la visita. La prenotazione può avvenire online tramite il sito o la app mysantagostino. Al momento della prenotazione è possibile già effettuare il pagamento con carta di credito e all'atto della prenotazione stessa il paziente ottiene un codice *fast check in* per poter saltare la fila. Una volta giunto in ambulatorio, infatti, il paziente può da solo provvedere all'accettazione inserendo il codice ottenuto in un totem apposito che trova presso la sede della visita. A questo punto, effettua la visita con il medico che aveva potuto scegliere online e subito dopo può esprimere il suo grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto attraverso dei totem per il sistema di valutazione "a caldo" della qualità. Una volta a casa il paziente può scaricare dal suo dossier clinico digitale sia la fattura che il referto e può restare in contatto con il medico via mail.

Il paziente ha molte informazioni per poter orientare al meglio le sue scelte: i prezzi sono pubblicati sul sito in maniera chiara per ogni prestazione; all'atto della prenotazione si possono visualizzare i tempi di attesa medi e si può scegliere il medico consultando i profili professionali di tutti gli specialisti corredati delle recensioni degli altri pazienti.

Tutte le recensioni sono pubblicate sul sito, sia quelle positive che quelle negative ed ogni paziente può esprimere la propria valutazione sull'esperienza con lo specialista, sull'esperienza con il centro e sul rapporto qualità/prezzo.

Gestione delle risorse umane (HR)

L'utilizzo del modello di business low cost richiede anche soluzioni innovative che consentano l'utilizzo delle HR specializzate a costi inferiori o l'uso di risorse meno costose.

E' possibile individuare tre modalità attraverso cui Centro Medico Santagostino raggiunge una gestione ottimale delle HR:

1. un modo per mantenere le stesse risorse, ma a costi inferiori, è fornire alle HR ragioni diverse dagli incentivi finanziari per offrire i loro servizi: i medici del Centro hanno una forte motivazione intrinseca (Mathauer e Imhoff, 2006) basata sulla condivisione delle finalità sociali dell'iniziativa. Le motivazioni intrinseche sono prevalentemente connesse agli aspetti relazionali e alla possibilità di curare il paziente in modo continuativo e personalizzato. L'alta qualità del lavoro aumenta, quindi, la disponibilità ad essere coinvolti in un progetto sperimentale e innovativo. Gli specialisti hanno a disposizione attrezzature mediche all'avanguardia, possono dedicarsi interamente all'attività clinica senza incombenze di tipo amministrativo, lavorano in team e hanno accesso ad una formazione continua ma soprattutto possono impostare autonomamente una presa in carico completa del paziente avvalendosi tutte le prestazioni specialistiche e diagnostiche presenti in ogni centro;
2. un secondo modo per ridurre i costi relativi al personale medico è utilizzare anche professionalità a basso profilo (Christensen et al., 2000). Ogni equipe medica è formata infatti da medici senior e giovani professionisti. Nel Centro ogni Senior di specialità non è impegnato full-time e non deve necessariamente visitare i pazienti, ma si fa carico della supervisione clinica dei casi e del rispetto degli standard e dei protocolli procedurali. Per le specialità, sono coinvolti giovani medici specializzati. Il 43% dei 635 specialisti che lavorano presso il Centro Medico Santagostino sono infatti giovani medici tra i 26 e i 35 anni al loro primo impiego e il 27,5% medici tra i 36 e i 45 anni che hanno impieghi precari e a tempo ridotto nei reparti

ospedalieri e colgono l'opportunità di integrare lo stipendio e di incrementare la formazione. Solo il 5% dei medici è over 65, quindi in età pensionabile.

3. un terzo modo è la modalità di ingaggio che non prevede contratti di dipendenza ma coinvolge i medici come partner esterni con contratti a prestazione. Lo specialista che lavora presso il Centro Medico Santagostino ha un supporto affidabile nella gestione del suo lavoro, può godere di strumenti tecnici che lo facilitano e può partecipare attivamente all'ampliamento dell'offerta clinica. Il medico che lavora presso il Centro può scegliere le sedi e gli orari di lavoro più comodi, ricevendo il planning dei suoi appuntamenti aggiornato su *mobile*. Se ha variazioni impreviste di orario può in modo repentino comunicarle su una piattaforma dedicata in modo da calibrare nuovamente l'offerta per il paziente senza il rischio di annullamento della visita. Inoltre, può accedere ovunque alla diagnostica dei pazienti grazie al sistema in *cloud* e può utilizzare un sistema di refertazione avanzato condiviso con gli altri specialisti. Attualmente lo stipendio di uno specialista del Centro Medico Santagostino si attesta intorno ai 10.000 euro/mese lordi per un carico di lavoro di 40 ore/settimana.

Per il reclutamento degli specialisti il Centro fa riferimento ai medici Senior inseriti nelle strutture ospedaliere della città che prestano la loro consulenza a titolo gratuito. Lo sforzo è di costruire ambulatori specialistici che non siano la somma di singoli professionisti, ma veri e propri team, che lavorino con una metodologia comune, un sistema di supervisione che dia qualità e una gamma di competenze che consenta di fornire tutte le prestazioni ambulatoriali di maggiore impatto.

5.4 Prospettive future di ricerca: il cambio di paradigma nella direzione della *social innovation*

I risultati dell'analisi approfondita sul Centro Medico Santagostino portano ad una comprensione più ampia del modello *low cost-high value*. Esso, infatti, nella peculiare declinazione assunta nel settore sanitario ingloba una componente sociale la cui analisi diventa di fondamentale importanza in termini di appropriatezza delle

cure e che consente di poter delineare un nuovo approccio *low cost-social plus* nei modelli di business in sanità.

Il “modello Santagostino” si presenta come un’esperienza unica e peculiare di sanità privata a impatto sociale, identificabile con l’effetto più ampio e a lungo termine delle attività *core* come potenziale beneficio o cambiamento che genera nella comunità, in termini di conoscenze, attitudini, stato, condizioni di vita e valori.

Il risparmio economico sul costo delle prestazioni, il risparmio di tempo nell’accesso e nella fruizione della visita medica e la capillarità della presenza sul territorio indicano che il modello operativo del Santagostino produce degli impatti significativi; essi sono misurabili in termini di costo rispetto alla media dell’offerta privata, in termini di tempi di attesa rispetto agli standard medi dell’offerta pubblica e in termini di diffusione e vicinanza al target.

Tali impatti risultano particolarmente rilevanti soprattutto rispetto a due aree: da un lato, le prestazioni caratterizzate da un basso grado di copertura da parte del SSN dove la domanda è più elevata (ad es. le terapie riabilitative e le visite psicologiche e psichiatriche); dall’altro, le prestazioni ad alto impatto in termini di prevenzione, come la diagnostica di controllo (ecografie, mammografie, etc.) con un conseguente effetto significativo di lungo periodo sui costi del SSN.

Questi aspetti peculiari del “modello Santagostino”, orientato alla creazione di valore e confermato dalle dimensioni di analisi del *social business model* e dal metodo narrativo applicato all’intervista, ci consentono di rileggere l’esperienza del modello low cost in un’ottica di innovazione sociale.

Le innovazioni nei processi clinici e nel modello di business che emergono dal caso pilota onfermano, infatti, quanto sostenuto da Michelini (2012): *“l’innovazione sociale è generata dalla combinazione di componenti del modello di business che creano un’impresa con l’obiettivo di migliorare il benessere della comunità e, allo stesso tempo, garantire la sostenibilità economica e finanziaria.”*

Questa definizione di innovazione sociale rientra anche nella tassonomia avanzata in merito da Mason et al. (2005) che classifica l’innovazione sociale secondo quattro tipologie principali:

1. seguendo Diani (1992), *“networks of informal interactions between a plurality of individuals, groups and/ or organizations, engaged in political or cultural conflicts, on the basis of shared collective identities”* (Diani, 1992, p.1);
2. innovazioni sociali legate ai servizi con l'obiettivo di garantire una maggiore partecipazione sociale, in particolare attraverso modelli centrati sulla persona (Leadbeater, 2007);
3. innovazioni sociali digitali che sfruttano le ICT per stabilire *“social and collaborative innovation in which innovators, users and communities collaborate using digital technologies to co-create knowledge and solutions for a wide range of social needs and at a scale that was unimaginable before the rise of the Internet”* (Bria et al., 2014, p. i);
4. forme innovative di impresa sociale, il che significa individuare nuovi modelli di business per fornire servizi in grado di raggiungere obiettivi sociali (Defounrny et al., 2014) e in cui tipicamente una parte del profitto o surplus è reinvestito nelle attività della mission sociale.

L'indagine empirica conferma, in particolare, il ruolo delle imprese sociali come risposta socialmente innovativa alle disuguaglianze del settore sanitario e individua due principali ambiti in cui il loro contributo è importante.

In primo luogo, l'impresa sociale si è sviluppata in alcuni campi come un fornitore alternativo di servizi sanitari, rispondendo al gap geografico e/o culturale rispetto alla tradizionale erogazione di servizi (Hall et al., 2012; Park e Wilding, 2013).

In secondo luogo, l'impresa sociale è stata teorizzata come una forma di intervento “controcorrente” che si rivolge alle determinanti sociali della salute (Roy et al., 2013).

In entrambi i casi, l'introduzione dell'impresa sociale costituisce un processo di innovazione, in cui le evoluzioni del modello di business sono attesi nello sviluppo di miglioramenti nel design e nell'accessibilità dei servizi.

Il *social business model* di Centro Medico Santagostino, impostato secondo la logica della *value constellation* (Normann e Ramirez, 1993), è in grado di produrre processi di innovazione sociale ad ogni passaggio della catena del valore (Porter e Teisberg,

2006). Tali innovazioni finalizzate a migliorare lo status quo erogando soluzioni soddisfacenti per problemi sociali insufficientemente risolti sono avvalorate anche dalla definizione di innovazione sociale di Christensen et al. (2006).

L'autore la considera come un sottoinsieme del più ampio concetto di *disruptive innovation* (Christensen et al., 2000; 2003; 2006; 2008).

Christensen e Raynor (2003) la descrivono come un processo che crea nuove reti e cambiamenti organizzativi, basato su una nuova serie di valori, e coinvolge nuovi attori, creando valore tra i diversi stakeholder.

Christensen e Hwang (2008) la descrivono come un modello interdipendente composto da quattro componenti: la *value proposition* (un prodotto o servizio che aiuti i consumatori a fare in modo più efficiente, conveniente e accettabile il lavoro che essi si apprestano a fare); i processi (modalità comuni di lavoro per ottenere obiettivi ricorrenti in modo consistente: training, sviluppo, budgeting, planning, etc.); le risorse (persone, tecnologia, prodotti, attrezzature, competenze, marchi e soldi che sono richiesti per sviluppare la *value proposition* in relazione al target di consumatori); infine, il profitto (struttura delle risorse e dei costi fissi e dei margini e formula richiesta per coprire i costi).

Quando, come nel caso Del “modello Santagostino”, l'impatto sociale è l'obiettivo principale e non l'effetto collaterale del raggiungimento di opportunità di business, si rileva una congruenza con quanto Christensen et al. (2006) affermano sulla *catalytic innovation* (come parte della *social innovation*) in cui il *social business model*:

- è capace di creare cambiamenti sociali sistemici attraverso la crescita e la replicabilità;
- soddisfa bisogni che probabilmente non sono soddisfatti del tutto o sono soddisfatti parzialmente;
- offre prodotti e servizi che sono più semplici e meno cari delle alternative esistenti e possono essere percepiti come prodotti e servizi con livelli più bassi di performance, ma che gli utenti considerano sufficienti;
- genera risorse, come donazioni, sovvenzioni, forza lavoro volontaria o capitale intellettuale, in modi che inizialmente non attraggono concorrenti;

- è spesso ignorato da attori esistenti per i quali il modello di business è poco redditizio, pertanto si delinea un segmento di mercato che viene evitato o considerato poco attraente.

Utile ricordare anche quanto Christensen et al. (2006) notano circa l'importanza di rendere sostenibile il modello di business. Essi affermano che *“just because an organization has come up with a good idea for systemic social change does not mean that it will succeed in implementing that change [it is also vital to] assess whether the group’s business model can allow it not only to effectively introduce the innovation but also to scale it up and sustain it”* (p. 101).

La capacità di queste organizzazioni che attualmente operano nel settore sanitario di soddisfare bisogni collettivi attraverso l'implementazione di prodotti, servizi o modelli più efficienti di quelli attualmente utilizzati a tale scopo e di attivare relazioni e competenze promuovendo al tempo stesso un migliore e più sostenibile utilizzo delle strutture e delle risorse disponibili (Defourny e Borzaga, 2001; Dees, 1998; Defourny et al., 2014; Defourny e Nyssens, 2006; Dees e Anderson, 2006), innesca processi di innovazione sociale.

Phills et al. (2008) si riferiscono all'innovazione sociale come alla modalità di rispondere ai cosiddetti *“wicked issues”* in modo non convenzionale e più efficace, sfruttando complessi processi relazionali in grado di reagire alla crescente complessità delle questioni sociali (Mulgan et al., 2007). Essi definiscono l'innovazione sociale come *“a novel solution to a social problem that is more effective, efficient, sustainable, or just than existing solutions and for which the value created accrues primarily to society as a whole rather than private individuals”* (Phills et al., 2008, pagina 38).

Nei modelli di business di queste organizzazioni si combinano elementi dell'economia classica basata sulla produzione e il consumo di servizi con nuovi elementi, tipici del paradigma dell'innovazione sociale, come il ruolo chiave dei bisogni degli individui e le relazioni; la partecipazione dal basso e il ruolo della community; la creazione di valore; la tendenza a valutare gli effetti sociali piuttosto che le prestazioni economiche e finanziarie (Murray et al., 2010).

In questo senso, l'innovazione sociale rappresenta il punto di svolta del fenomeno moderno dell'imprenditoria sociale che gli consente di raggiungere valore economico e benefici sociali per la comunità (Zollo et al., 2016).

Pertanto, il modello low cost consente, in primo luogo, di far incontrare convenientemente domanda e offerta di alcune categorie di servizi sanitari, aumentando innegabilmente l'accesso a servizi sanitari che erano fuori dalla portata di molti fino a poco tempo fa. Nel contesto italiano, si assiste anche a un fenomeno di coinvolgimento della classe media, non solo della cosiddetta “zona grigia della vulnerabilità sociale”. In questo senso, i potenziali clienti sono sia coloro che non possono accedere alla salute privata *out of pocket*, sia coloro che sono costretti a rinunciare al trattamento perché incapaci di pagare le tariffe della sanità pubblica, sia coloro che potrebbero accedervi ma possono risparmiare se paragonano i prezzi alla sanità privata orientata al profitto.

In secondo luogo, offre una nuova opportunità per la coesione sociale e la creazione di valore non solo perché ridefinisce l'offerta di assistenza sanitaria a costi più bassi ma anche perché modifica l'organizzazione della filiera produttiva e le relazioni e l'interdipendenza tra i vari attori pubblici e privati coinvolti (Castelli, Cerutti, Giuliani, Insalata, Marinelli, e Sirressi 2010).

Di conseguenza, queste considerazioni consentono di definire il modello come un *social business model* perché è in grado di combinare aspetti economici (in termini di efficienza), aspetti sociali (in termini di relazioni), aspetti culturali (legati ai valori) e istituzionali (in termini di capitale sociale generato) (Rago , 2012; Donati e Colozzi, 2011) e di generare processi di innovazione sociale.

In accordo con Mason et al. (2015), le evidenze dello studio suggeriscono che le principali caratteristiche del modello low cost inteso come un *social business model* e in grado di generare innovazione sociale sono:

- 1) la reattività ai fallimenti o alle crisi dei sistemi economico, sociale e politico (Oosterlynck et al., 2013);
- 2) la capacità di riconoscere e guidare valore latente o potenziale (Mulgan et al., 2007);
- 3) infine, la capacità di creare nuove alleanze e collaborazioni oltre che nuove forme organizzative (Roy et al., 2013; Battilana e Lee, 2014).

Questi risultati, infatti, confermano la definizione di Mulgan et al. (2007) per i quali la caratteristica principale delle innovazioni sociali è la capacità di creare nuove combinazioni tra elementi già esistenti, riuscendo a superare i confini tra settori e discipline diverse e a creare relazioni tra gruppi di attori che fino ad allora erano rimasti separati.

CONCLUSIONI

Dal lavoro di ricerca condotto e supportato dall'indagine empirica, è possibile evidenziare alcuni importanti elementi di riflessione.

Una prima considerazione è che il modello low cost è in grado di far incontrare in modo più efficace la domanda e l'offerta di alcune categorie di servizi sanitari. Ciò aumenta innegabilmente l'accesso a cure mediche e a servizi sanitari che erano fuori dalla portata di molti fino a poco tempo fa.

Una seconda riflessione riguarda la capacità del modello low cost di offrire una nuova opportunità di coesione sociale e di creazione di valore non solo perché esso ridefinisce l'offerta di assistenza sanitaria erogando servizi di qualità a prezzi contenuti ma anche perché altera l'organizzazione della catena di produzione, le relazioni e le interdipendenze tra i vari attori pubblici e privati coinvolti (Castelli, Cerutti, Giuliani, Insalata, Marinelli, e Sirressi 2010).

In verità, il modello low cost è in grado di combinare aspetti economici (in termini di efficienza), aspetti sociali (in termini di relazioni), aspetti culturali (legati ai valori) e aspetti istituzionali (in termini di capitale sociale generato) (Rago, 2012; Donati e Colozzi, 2011).

Alla luce di queste considerazioni, il modello si avvicina molto al costrutto teorico di *social business model* che è pensato, nello specifico, per includere nella formula del profitto non solo i ritorni economici ma anche ritorni in termini di benefici e valore per la comunità (Haigh e Hoffman, 2014; Prahalad e Hart, 2002; Yunus et al., 2010). I cosiddetti *social business* si avvicinano particolarmente a quanto le moderne organizzazioni sanitarie si sforzano di ottenere, spesso con difficoltà, nell'equilibrio tra *outcome* economici e sociali.

Trattandosi di un modello alternativo che affronta i limiti specifici percepiti nelle principali forme tradizionali di assistenza sanitaria, le maggiori differenze che presenta sono correlate a questioni come la proprietà e il controllo; la distribuzione dei profitti o del surplus; gli obiettivi, le motivazioni e gli incentivi; la qualità dei processi di lavoro.

Nel caso specifico del Centro Medico Santagostino il miglioramento dello status quo attraverso lo sviluppo di soluzioni adeguate a problemi sociali insufficientemente

considerati è la modalità attraverso cui si generano processi di innovazione sociale (Christensen, Baumann, Ruggles, e Sadtler, 2006; Michelini, 2012).

Nel contesto italiano la visione di una sanità improntata al modello low cost è attinente a quanto Christensen et al. (2006) hanno definito come *catalytic innovation*, come parte del più ampio concetto di *social innovation*, in cui il *social business model* è in grado di creare cambiamenti sociali sistemici che siano scalabili e replicabili in risposta a bisogni ancora insoddisfatti, offrendo servizi a costi più bassi rispetto alle alternative esistenti e generando ritorni non solo di tipo economico.

Utile ricordare quanto Christensen et al. (2006) hanno sottolineato anche rispetto all'importanza di valutare il modello di business. Essi affermano, infatti, che un'organizzazione che ha una buona idea per un cambiamento sociale sistemico non è detto che riesca ad implementarla se non valuta efficacemente il modello di business da adottare in modo che tale innovazione nel tempo sia sostenibile e replicabile.

Pertanto, d'accordo con Michelini (2012), ripensare e innovare il modello di business per il settore sanitario non vuol dire semplicemente ridurre i costi nello sviluppo del prodotto ma creare nuovi servizi a prezzi più bassi.

Inoltre, nel contesto italiano, si osserva che i destinatari di servizi sanitari low cost sono anche cittadini di reddito medio-alto, nonostante si tratti di un contesto economico sviluppato. In questo senso, i potenziali clienti/pazienti sono sia quelli che non possono accedere alla sanità privata *out of pocket* per la barriera dei prezzi, sia quelli che rinunciano alle cure perché non riescono a sostenere il pagamento del ticket o per la barriera delle lunghe liste di attesa della sanità pubblica, sia quelli che potrebbero accedere alla sanità privata ma che, comparando i prezzi, decidono di risparmiare.

Di conseguenza, queste considerazioni, insieme alle caratteristiche specifiche del modello di business low cost applicato alla sanità, consentono di definire il modello come un *social business model* in grado di generare innovazione sociale.

Sempre in accordo con Christensen et al. (2000), risulta evidente che le dinamiche di questa innovazione sono dirompenti. Essa inizia con un processo che si nasconde inosservato mentre i principali attori del mercato sono intenti a migliorare i loro prodotti e servizi senza tener conto delle necessità dei clienti. Con il tempo queste

innovazioni migliorano fino al punto di riuscire a soddisfare le esigenze di un numero sempre maggiore di utenti che scelgono di adottarla. Questo processo naturale di *disruption* potrebbe consentire di avviare un profondo cambiamento nel Sistema Sanitario Nazionale perché caratterizzato da costi inferiori, maggiore qualità e maggiore accessibilità. Resta un elemento di riflessione ulteriore la comprensione della sostenibilità del fenomeno, collegato alla possibilità di chiarire se l'esperienza low cost possa avere margini di crescita significativa oppure restare una nicchia di mercato.

Pertanto, sebbene sia prematuro tirare delle conclusioni su un fenomeno emergente, si apre un dibattito su diversi aspetti da comprendere, che fa emergere alcune criticità legate a mutamenti profondi che stanno attraversando il contesto della sanità italiana. In virtù di queste considerazioni resta ancora aperta una questione legata ai ruoli e alle competenze dei soggetti coinvolti in queste organizzazioni soprattutto in riferimento al rapporto con il Sistema Sanitario Nazionale, con il quale volontariamente o passivamente non riescono a insaturare un dialogo.

In secondo luogo, le opportunità del settore delineano al contempo un rischio di possibile *free riding* di operatori e di clienti/pazienti, in cui la spinta determinata dall'opportunità del ritorno economico per gli uni e del prezzo per gli altri rischia di innescare processi non virtuosi; pertanto poiché non tutte le organizzazioni che adottano il low cost sono di fatto in grado di generare processi di innovazione sociale, è necessario sempre riuscire a tenere in considerazione l'impatto sociale che esse producono e la qualità a servizio del paziente nell'erogazione del servizio.

BIBLIOGRAFIA

- Aceti, T., & Squillace, A. (2016). Rapporto 2015, Osservatorio civico sul federalism in sanità. Franco Angeli: Milano.
- Addicott, R. (2011). Social enterprise in health care: Promoting organisational autonomy and staff engagement. King's Fund. Retrieved from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-enterprise-health-care>
- Agarwal, N., Chakrabarti, R., Brem, A., & Bocken, N. (2017). Market driving at Bottom of the Pyramid (BoP): An analysis of social enterprises from the healthcare sector. *Journal of Business Research*
- Allen, P. (2009). Restructuring the NHS again: supply side reform in recent English health care policy. *Financial accountability & management*, 25(4), 373-389.
- Amit, R., & Zott C., (2001). Value creation in e-business. *Strategic Management Journal*, 22: 493-520.
- Andorlini, C. (2011). La cooperazione sociale in ambito sanitario. I quaderni di idee in rete. Consorzio Nazionale Idee in Rete da Futura Società Cooperativa Sociale onlus.
- Angeli, F., & Jaiswal, A. K. (2016). Business Model Innovation for Inclusive Health Care Delivery at the Bottom of the Pyramid. *Organization & Environment*, 29(4): 486-507.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Austin, J., Stevenson, H., & Wei-Skillern, J. (2006). Social and commercial entrepreneurship: same, different, or both?. *Entrepreneurship theory and practice*, 30(1), 1-22.
- Austin, J., Márquez, P., Reficco, E., Berger, G., Fedato, C., Fischer, R. M., & Prado, A. M. (2007). Building new business value chains with low-income sectors in Latin America. In: Rangan, V., Quelch, J., Herrero, G., Barton, B. (eds) *Business Solutions for the Global Poor: Creating Social and Economic Value*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 193-206.
- Austin, J. E., Leonard, H. B., Reficco, E., & Wei-Skillern, J. (2006). Social entrepreneurship: it's for corporations too. In: Nicholls, A. (eds) *Social entrepreneurship: New models of sustainable social change*, 169-180.

- Baden-Fuller, C., MacMillan I.C., Demil B., & Lecocq's X. (2010). Business models as models (editorial). *Long Range Planning*, 43(2-3): 143-145.
- Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and equity in India. *Lancet*, 377: 505-515.
- Ballesteros-Sola, M. (2014). Social business planning: Management and financial issues. In *Social Business* (pp. 157-176). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Bambra, C. (2013). In defence of (social) democracy: on health inequalities and the welfare state. *J. Epidemiol. Community Health*. 67:713–714.
- Barraket, J. (2013). Fostering wellbeing of immigrants and refugees? Evaluating the outcomes of work integration social enterprise. In *Social enterprise: Accountability and evaluation around the world*. Routledge.
- Battilana, J., & Lee, M. (2014). Advancing research on hybrid organizing – Insights from the study of social enterprises. *The Academy of Management Annals*, 8(1), 397–441..
- Baum, F. (2008). *The new public health.*, (Oxford University Press: Melbourne).
- Benson, P. L. (2003). Developmental assets and asset-building community: Conceptual and empirical foundations. In *Developmental assets and asset-building communities* (pp. 19-43). Springer, Boston, MA.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Leffert, N., & Roehlkepartain, E. C. (1999). A fragile foundation: The state of developmental assets among American youth. Search Institute, 700 S. Third St., Suite 210, Minneapolis, MN 55415-1138.
- Bertotti, M., Harden, A., Renton, A., & Sheridan, K. (2011). The contribution of a social enterprise to the building of social capital in a disadvantaged urban area of London. *Community development journal*, 47(2), 168-183.
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S., & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries: What can we learn from the private sector. *Health Research Policy and Systems*, 8: 24.
- Black, S. D. (1982). *Inequalities in health: the Black report*.
- Blakie, N. (1993). *Approaches to Social Enquiry* Cambridge: Polity Press.
- Bloomfield, B.P., Best, A. (1992). Management consultants: systems development, power and the translation of problems. *Sociological Review*, 40:533-560.
- Blundell-Wignall, A., Atkinson, P. E., & Roulet, C. (2012), *The Business Models of Large Interconnected Banks and the Lessons of the Financial Crisis*. *National Institute Economic Review*, 221(1), 31-43.

- Bocken, N., & Short, S. (2016). Towards a sufficiency-driven business model: Experiences and opportunities. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 18, 41–61.
- Bocken, N. M. P., Fil, A., & Prabhu, J. (2016). Scaling up social businesses in developing markets. *Journal of Cleaner Production*, 139(12), 295–308.
- Boje, D.M. (2001). *Narrative Methods for Organization and Communication Research*. New York: SAGE.
- Borzaga, C., & Santuari, A. (2001). Italy: from Traditional Co-operatives to Innovative Social Enterprises. In C. Borzaga, & J. Defourny, *The Emergence of Social Enterprises* (pp. 166-181). London: Routledge.
- Borzaga, C., & Santuari, A. (2000). Social enterprises in Italy. The experience of social co-operatives. Institute for Development Studies of Non Profit Enterprises Faculty of Economics University of Trento. Issan.
- Borzaga, C., & Defourny, J. (2001). Conclusions. Social enterprises in Europe: a diversity of initiatives and prospects. *The emergence of social enterprise*, 350- 370.
- Borzaga, C., & Depedri, S. (2013). When social enterprises do it better: efficiency and efficacy of work integration in the Italian social cooperatives.
- Borzaga, C., & Fazzi, L. (2011). *Le imprese sociali*.
- Borzaga, C., & Galera, G. (2012). The concept and practice of social enterprise. Lessons from the Italian Experience. *International Review of Social Research*, 2(2), 85-102.
- Boswell, J., Douglas, M., & O'Neill, N. (2009). *Health and Social Enterprise*. Scottish Forum for Public Health/SENSCOT, Edinburgh.
- Boutsoli, Z. (2010). Demand variability, demand uncertainty and hospital costs: a selective survey of the empirical literature. *Global Journal of Health Science* 2(1): 138-149.
- Bowman, C., & Faulkner, D. (1996). *Competitive and Cooperative Strategy* (Irwin, Burr Ridge, IL).
- Brandsen, T., & Pestoff, V. (2006). Co-production, the third sector and the delivery of public services: An introduction. *Public management review*, 8(4), 493-501.
- Bryman, A. (2004). Social research. *Soc. Res. Updat*, 1(33).

- Bria F., Almirall E., Baeck P., Halpin H., Kingsbury J., Kresin F., et al. (2014). Digital social innovation: interim report. Digital Social Innovation.
- Bureau of European Policy (BEPA) (2014). Social innovation: a decade of changes, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Calò, F., Teasdale, S., Donaldson, C., Roy M.J., Baglioni, S. (2017). Collaborator or Competitor: Assessing the evidence supporting the role of social enterprise in health and social care, *Public Manag. Rev.*
- Cantino, V., Coni, S., & Fiandrino, S. (2016). Venture philanthropy: il supporto non finanziario a sostegno dell'imprenditorialità sociale. Il caso di Fondazione CRT. *IMPRESA SOCIALE*, 7, 30-39.
- Cantù, E. (2017). (Eds.) Rapporto OASI 2017. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: Egea.
- Carbone, C., & Longo, F. (2015). Evidenze dal rapporto OASI 2015 e prospettive future. In E. Cantù. (Eds.) Rapporto OASI 2015. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: Egea.
- Carbone, C., Ferré, F., Liotta, A. La struttura del SSN. In Pessina E, Cantù, E (eds) (2010). L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010. Egea, Milano, p 13-48.
- Casadesus-Masanell, R., & J. E. Ricart (2007). Competing through business models. Working paper-713, IESE Business School, Barcelona. Forthcoming in G.B. Dagnino (ed.) 2011. Handbook of research on competitive strategy. Cheltenham, UK Edward Elgar.
- Castelli, M., Cerutti, E., Giuliani, R., Insalata, V., Marinelli, M., & Sirressi, V. (2010). Dalla sanità tradizionale a percorsi di nuova economia: la sanità lowcost. Rapporto Fondazione ISTUD.
- Censis-Rbm Assicurazione Salute. 2017. VII Rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Roma.
- Certo, S. T., & Miller, T. (2008). Social entrepreneurship: Key issues and concepts. *Business Horizons*, 51(4), 267-271.
- Christensen, C.M., Baumann, H., Ruggles, R., & Sadtler, T.M. (2006). Disruptive innovation for social change. *Harvard Business Review*, Boston, pp 94–101.
- Christensen, C.M., Bohmer, R.M.J., and Kenagy, J. (2000). Will Disruptive Innovations Cure Health Care?. *Harvard Business Review* 78, no. 5 (September– October 2000): 102–117.

- Christensen, C.M., & Hwang, J. (2008). Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation. *Health Affairs*, 27(5), 1329- 1335.
- Christensen, C.M., Grossman, J.H., & Hwang, J. (2008). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. McGraw-Hill
- Christensen, C.M., Raynor, M.E. (2003). *The innovator's solution: creating and sustaining successful growth*. Harvard Business School Press, Boston.
- CII-ITC CESD (2010). Sustainable and inclusive innovation strategies for tomorrow's world, crossmedia solutions.
http://www.sustainabledevelopment.in/publications/downloads/SUSTAINABLE_INCLUSIVE_INNOVATION_24nov.pdf. Accessed 11 May 2012
- Cinisi, A, Rizzo, G. (2013). *I segreti delle aziende Low Cost: Riflessioni per il mondo delle imprese*. Franco Angeli, Milano.
- Cook, R. (2006). What does social enterprise mean for community nursing? *British journal of community nursing*, 11(11), 472-474.
- Cooke, A., Friedli, L., Coggins, T., Edmonds, N., Michaelson, J., O'hara, K., & Scott-Samuel, A. (2011). *Mental well-being impact assessment: a toolkit for well-being*. National MWIA Collaborative (England), London.
- Cooney, K., & Williams Shanks, T. R. (2010). New approaches to old problems: Market-based strategies for poverty alleviation. *Social Service Review*, 84(1), 29-55.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino.
- Corbetta, P. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche* Bologna, Il Mulino.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 11(1), 100.
- Czarniawska, B. (1998). *A narrative approach in organization studies*. Sage: Thousand Oaks.
- Czarniaswka, B. (2004). *Narratives in social science research*. London, UK: SAGE.

- Dawes, D. (2009). How nurses can use social enterprise to improve services in health care. *Nursing times*, 105(1), 22-25.
- Dawson, A., & Hjorth, D. (2011). Advancing family business research through narrative analysis. *Family Business Review*, 25(3), 339–355.
- De Leeuw, E. (1999). Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. *Health promotion international*, 14(3), 261-270.
- Debba, V. (2009). I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?. In *Politiche sanitarie*, 10.4: 221- 242
- Dees, J. G. (2001). The meaning of social entrepreneurship. Duke University.
- Dees, J. G., & Anderson, B. B. (2003). For-profit social ventures. *International Journal of Entrepreneurship Education*, 2(1), 1-26.
- Defourny, J., Borzaga, C., & Defourny, J. (2001). From third sector to social enterprise (pp. 1-28). London: Routledge.
- Defourny, J., & Nyssens M. Defining social enterprise in Nyssens, M. (Ed.). (2007). *Social Enterprise: At the Crossroads of Market, Public Policies and Civil Society*, Routledge, Abingdon.
- Defourny, J. (2014). Social enterprise and the third sector: Changing European landscapes in a comparative perspective. Routledge.
- Denny, S., Seddon, F. (Eds.) (2013). *Social Enterprise: Accountability and Evaluation Around the World*, Routledge, Abingdon, Oxon.
- Department of Health and Social Security (1980). *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, DHSS, London. Retrieved from: <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- De Pietro, C., & Rappini, V. (2013). Le sfide di sviluppo strategico del mercato sanitario privato non accreditato. In Carbone, C. (2013). *Le aziende sanitarie private accreditate. Regole e posizionamento strategico*. Egea, Milano.
- Del Vecchio M. & Rappini V. (2011). Low cost in sanità. In E. Cantù (Ed.) *Rapporto OASI, 2011L'Aziendalizzazione nella sanità italiana*. Egea, Milano (2011)
- Di Domenico, M., Haugh, H., & Tracey, P. (2010). Social bricolage: Theorizing social value creation in social enterprises. *Entrepreneurship theory and practice*, 34(4), 681-703.
- Diani, M. (1992). The concept of social movement. *The Sociological Review*, 40,1 – 25

- Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J., & Young, B. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative research*, 6(1), 27-44.
- Donaldson C., Baker R., Cheater F., Gillespie M., McHugh N., Sinclair S. (2011). Social business, Health and Well Being. *Soc. Bus.*; 1: 17–35.
- Doolin, B. (1998). Information technology as disciplinary technology: being critical in interpretative research on information systems. *Journal of Information Technology*, 13:301-311.
- Doolin, B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system. *Info Systems J*, 14:343-362.
- Dovis, P., & Saraceno, C. (2011). I nuovi poveri. Politiche per le disuguaglianze.
- Drennan, V., Davis, K., Goodman, C., Humphrey, C., Locke, R., Mark, A., ... & Traynor, M. (2007). Entrepreneurial nurses and midwives in the United Kingdom: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 459-469.
- Edmondson, A., & McManus, S. (2007). Methodological fit in organizational field research, *Academy of Management Review* 32(4), 1155e1179.
- Edvardsson B., & Enquist, B., (2011), “The service excellence and innovation model: lessons from IKEA and other service frontiers”, *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol. 22, No
- Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research, *Academy of Management Review* 14(4), 532e551.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2016): *Social Enterprises and their eco-systems: developments in Europe*. Authors: Carlo Borzaga and Giulia Galera
- Farmer, J., Hill, C., & Muñoz, S. A. (Eds.). (2012). *Community co-production: social enterprise in remote and rural communities*. Edward Elgar Publishing.
- Farmer, J., De Cotta, T., McKinnon, K., Barraket, J., Munoz, S.A., Douglas, H., Roy M.J. (2016). Social enterprise and wellbeing in community life. *Soc. Enterp. J.*; 12: 235–254.
- Fattore, G., & Ferré, F. (2012). I tempi di attesa per le prestazioni del SSN: stato dell'arte e alcune riflessioni. In Cantu' E. (eds), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*. Egea, Milano, 2012, p. 245-267.
- Feagin, J. R., Orum, A. M., & Sjoberg, G. (Eds.). (1991). *A case for the case study*. UNC Press Books.

- Ferguson, K. M. (2012). Merging the fields of mental health and social enterprise: Lessons from abroad and cumulative findings from research with homeless youths. *Community mental health journal*, 48(4), 490-502.
- Ferguson, K. M. (2013). Using the social enterprise intervention (SEI) and individual placement and support (IPS) models to improve employment and clinical outcomes of homeless youth with mental illness. *Social work in mental health*, 11(5), 473-495.
- Ferguson, K. M., & Islam, N. (2008). Conceptualizing outcomes with street-living young adults: Grounded theory approach to evaluating the social enterprise intervention. *Qualitative Social Work*, 7(2), 217-237.
- Fibig, A. (2013) HTA and value-an industry perspective. *Int J Technol Assess Health Care* ;29:376-7
- Fiorentini, G., & Calò, F. (2013). *Impresa Sociale & Innovazione Sociale*. Milano: Franco Angeli.
- France, E. S. (2007). Applying social enterprise approaches to services for children, young people and families. Retrieved from: http://www.ncb.org.uk/media/43170/vcssocial_enterprise_approaches.pdf
- Gabriel, Y. (2000). *Storytelling in Organizations. Facts, Fictions and Fantasies*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Galea, S., Ahern, J., & Karpati, A. (2005). A model of underlying socioeconomic vulnerability in human populations: evidence from variability in population health and implications for public health. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2417-2430.
- Galdiero C., & Cicellin M. (2009). Soft Coordination Mechanisms to Integrate Institutional Logics in Public-Private Partnerships. *Mecosan*, 71: 57-74.
- Gardin, L. (2006). A variety of resource mixes inside social enterprises. *Social Enterprise: At the crossroads of market, public policies and civil society*, 111-136.
- Gartner, W.B. (2007). Entrepreneurial narrative and a science of the imagination. *Journal of Business Venturing*, 22(5), 613-627.
- Gazzola, P., & Mella, P. (2015). Ethics builds reputation. *International Journal of Markets and Business System*, 1(1): 38-52.
- George, G., Rao-Nicholson, R., Corbishley, C., & Bansal, R. (2015). Institutional entrepreneurship, governance, and poverty: Insights from emergency medical response services in India. *Asia Pacific Journal of Management*, 32: 39-65.
- George, A.L., Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences* Cambridge, MA: MIT Press.

- Ghaziani, A., & Ventresca, M.J. (2002). Discursive fields, boundary objects and the categorical structuring of discourse: Evidence from frame analysis of business models, 1975-2000. Working paper, Kellogg School of Management, Evanston, IL.
- Giarelli, G., Annandale, E., & Ruzza, C. (2014). The Role of Civil Society in Healthcare Systems Reforms. *Social Science & Medicine*, 123, 1-294.
- Gidley, B. (2007). 13 Sure Start: an upstream approach to reducing health inequalities. *Public Health: Social context and action*, 144.
- Gray, M. (2011). *How to Get Better Value Healthcare*. Offox.
- Greenhalgh T., Glenn R., Bate P., Macfarlane F., Kyriakidou O. (2005), Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review. 20
- Green, J., & Thorogood, N. (2009). *Qualitative methods for health research*. 2 edition. Los Angeles: Sage.
- Hall K., Miller R., Millar R. (2012) Jumped or pushed: what motivates NHS staff to set up a social enterprise? *Social Enterprise Journal*, 8, 49–62.
- Hall, K., Miller, R., & Millar, R. (2016). Public, private or neither? Analysing the publicness of health care social enterprises. *Public Management Review*, 18(4), 539-557.
- Hanlon, P., Carlisle, S., Hannah, M., Reilly, D., & Lyon, A. (2011). Making the case for a ‘fifth wave’ in public health. *Public health*, 125(1), 30-36.
- Hanlon, P., Carlisle, S., & Lyon, A. (2012). *The future public health*. McGraw-Hill Education (UK).
- Harris, C., 2007. Social enterprises and the NHS. *Community Practitioner* 80 (5), 44–46.
- Haugh, H. (2007), Community-Led Social Venture Creation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 31: 161–182.
- Haugh, H. (2005). A research agenda for social entrepreneurship, *Social Enterprise Journal*, Vol. 1 Issue: 1, pp.1-12,
- Hazenberg, R., & Hall, K. (2014). Public service spin-outs in the UK: towards a theoretical understanding of the spin-out process. *Policy Polit.*
- Henry, C., Foss, L. & Ahl, H. (2015). Gender and entrepreneurship research: A review of methodological approaches. *International Small Business Journal* 34: 217–241.

- Hibbard, J.H., Greene, J., Sofaer S., Firminger K., & Hirsh, J. (2012). An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high-value health care. *Health affairs*, 31(3): 560-568.
- Ho, A. P. Y., & Chan, K. T. (2010). The social impact of work-integration social enterprise in Hong Kong. *International social work*, 53(1), 33-45.
- Hollander, S.C. (1980). The wheel of retailing, *Journal of Marketing*, Vol. 25, N. 1
- Howcroft, D., & Trauth, E. (2005). *Handbook of Critical Information Systems Research, Theory and Application* Cheltenham, UK: Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Hytti, U., Alsos, G. A., Heinonen, J., & Ljunggren, E. (2016). Navigating the family business: A gendered analysis of identity construction of daughters. *International Small Business Journal*, 35(6), 1–22.
- Hytti, U. (2003). *Stories of entrepreneurs: Narrative construction of identities*. Doctoral Dissertation, Turku School of Economics and Business Administration.
- Katz, M.L., Shapiro, C. (1985). Network externalities, competition, and compatibility. *American Economic Review* 75: 424–440.
- Keen, J., & Packwood, T. (1995). Qualitative research; case study evaluation. *BMJ*, 311:444-446.
- Kerlin, J. A. (Ed.). (2009). *Social enterprise: A global comparison*. UPNE.
- Kerlin J. (2013). Defining social enterprise across different contexts a conceptual framework based on institutional factors. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 42, 84–108
- Kim, J. Y., Farmer, P., Porter, M. E. (2013). Redefining global health-care delivery. *Lancet*, 382: 1060-1069.
- Kumar, N., & Puranam, P. (2012). Frugal engineering: An emerging innovation paradigm. *Ivey Business Journal Online*, 76(4), 14–16.
- Josselson, R. (1996). *Ethics and Process in the Narrative Study of Lives*, Vol. 4. Thousand Oaks, London: Sage Publications.
- Larty, J., & Hamilton, E. (2011) Structural approaches to narrative analysis in entrepreneurship research exemplars from two researchers. *International Small Business Journal* 29(3): 220–237.
- Leadbeater, C. (2007) *Social enterprise and social innovation: Strategies for the next ten years*. Office of the Third Sector.

- Lomas, J. (1998). Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Social science & medicine*, 47(9), 1181-1188.
- Lysaght, R., Jakobsen, K., & Granhaug, B. (2012). Social firms: a means for building employment skills and community integration. *Work*, 41(4), 455-463.
- Macaulay, B., Mazzei, M., Roy, M. J., Teasdale, S., & Donaldson, C. (2018). Differentiating the effect of social enterprise activities on health. *Social Science & Medicine*.
- Magretta, J. (2002). "Why business models matter". *Harvard Business Review*, 80 86-92.
- Malighetti P., Paleari S. & Redondi R. (2007), «Pricing strategies of low-cost airlines: the Ryanair case», conference paper, presentato alla ATRS (Aviation Transport Research Society), Berkeley, California.
- Mair, J., Martí, I., & Ventresca, M. J. (2012). Building inclusive markets in rural Bangladesh: How intermediaries work institutional voids. *Academy of Management Journal*, 55(4), 819-850.
- Mair J., Martí I. (2006) Social entrepreneurship research: a source of explanation, prediction, and delight. *Journal of World Business*, 41, 36–44.
- Mair J, Schoen O (2005) Social entrepreneurial business models: an exploratory study. Working paper n. 610, IESE Business School, Madrid
- Mancino A., Thomas A. (2005). An Italian pattern of social enterprise: the social cooperative. *Nonprofit Management and Leadership*, 15, 357–369.
- Marradi, A. (2007). *Metodologia delle scienze sociali*, Bologna, Il Mulino.
- Marmot M. G. & Wilkinson, R. G. (Eds.) (2006). *Social Determinants of Health* (pp. 6-30). 2nd edition. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A.J., Taylor, S.; Commission Social Determinants Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372 (9650) 1661 - 1669.
- Marquez P, Reficco E, Berger G (2010). *Socially inclusive business: engaging the poor through market initiatives in iberoamerica* David Rockefeller center for Latin American Studies. Harvard University Press, Cambridge.
- Martin RJ, Osberg S (2007). Social entrepreneurship: The case for a definition. *Stanford social Innovation Review*, Spring pp. 29–39.
- Mason C., Barraket J., Friel S., O'Rourke K., Stenta C.-P. (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promot. Int.* 30: ii116–ii125.

- McDermid L., Durie S., McLean J., Woodhouse A. Scottish Government; Edinburgh (2008). Making an Impact: Exploring How to Measure the Mental Health Impacts of Working in a Social Firm, National Programme for Improving Mental Health and Well-being: Small Research Projects Initiative.
- Merriam, S.B. (1988). Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco: Jossey-Bass.
- Michellini, L. (2012). Social Innovation and New Business Models: Creating Shared Value in Low-Income Markets. Springer Science & Business Media.
- Miles, M.B., Huberman, M. (1994). Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2 edition. CA: Sage Publications Inc.
- Millar, R. (2012). Social enterprise in health organisation and management: hybridity or homogeneity. *J. Health Organ. Manag.* 26 (2012), pp. 143-148
- Millar, R., Hall, K. (2016). Increasing the Role of Social Business Models in Health and Social Care: an Evidence Review. Public Policy Institute for Wales.
- Mintzberg, H. (2012). Managing the Myths of Health Care. *World Hospital Health Service*, 48(3):4-7.
- Moberly, T. (2017). Accountable care systems and accountable care organisations in the NHS: progress or route to privatisation?, *BMJ* 2017; 358: 4105
- Mulgan G., Tucker S., Ali R., Sanders B. (2007) Social Innovation: What It Is, Why It Matters and How It Can Be Accelerated. Working Paper. Said Business School, Oxford University, Oxford.
- Muñoz, S. A. (2011). Health service provision through social enterprise: opportunities and barriers identified by social entrepreneurs and procurement professionals in the UK. *Int. J. Entrep. Innov.*; 12: 39–53.
- Muñoz, S. A., Farmer, J., Winterton, R., Barraket, J. (2015). The social enterprise as a space of wellbeing: an exploratory case study. *Soc. Enterp. J.*; 11: 281–302
- Nicholls, A. (Ed.). (2008). Social entrepreneurship: New models of sustainable social change. OUP Oxford.
- Normann, R., & Ramirez, R. (1993). From value chain to value constellation: Designing interactive strategy. *Harvard business review*, 71(4), 65-77.
- Norman, R., & Ramirez, R. (1998). Designing interactive strategy: From value chain to value constellation. Chichester: Wiley, 1998. *European Scientific Journal* April 2017

- Nyssens, M. (Ed.). (2007). *Social enterprise: At the crossroads of market, public policies and civil society*. Routledge.
- OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris 2002
- Ollerenshaw, J.A., & Creswell, J.W. (2002). Narrative research: a comparison of two restorying data analysis approaches. *Qualitative Inquiry*, 8(3), 329-347.
- Oosterlynck, S., Kazepov Y., Novy A., Cools P., Barberis E., Wukovitsch F., Sarius T., Leubolt, B. (2013). The butterfly and the elephant: local social innovation, the welfare state and new poverty dynamics. ImPRovE Discussion Paper No. 13/03. Herman Deleeck Centre for Social Policy–University of Antwerp, Antwerp.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1(4).
- Osterwalder, A., Pigneur, Y., & Smith, A. (2010). *Business Model Generation*. Wiley
- Park C., Wilding M. (2013) Social enterprise policy design: constructing social enterprise in the UK and Korea. *International Journal of Social Welfare*, 22, 236–247.
- Pearce, J., & Kay, A. (2003). *Social enterprise in anytown*. Calouste Gulbenkian Foundation.
- Peredo, A. M., & McLean, M. (2006). Social entrepreneurship: A critical review of the concept. *Journal of world business*, 41(1), 56-65.
- Perrini, F. (2007). *Social entrepreneurship*. Egea, Milano
- Perrini, F., Vurro, C. (2006) Social entrepreneurship: innovation and social change across theory and practice. In: Mair J, Robinson J, Hockerts K, London (Eds) *Social entrepreneurship*, Palgrave Macmillan, UK pp. 57–85.
- Pessina, E.A., Cantù, E. Carbone C., & Ferrè F. L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto Oasi 2011, Egea, 2011 pp.173-197
- Pestoff, V. A. (2000). Enriching Swedish women's work environment: The case of social enterprises in day care. *Economic and Industrial Democracy*, 21(1), 39-70.
- Petitjean, S., & Lemoine, P. (2014). Social Entrepreneurships - One response to the crisis. *Europolitics*, p. 15.

- Porter, M.E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M.E. (2009). A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. Free Press: New York.
- Porter, M.E., & Millar, V.E. (1985). How information gives you competitive advantage. *Harvard Business Review* 63(4): 149–160.
- Porter, M.E. (1996). “What is strategy?” *Harvard Business Review*, 74(6): 61-78.
- Porter, M.E., & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Porter, M.E., Lee, T.H. (2013). The strategy that will fix health care, *Harvard Business Review*, 91(12): 50-70
- Porter, M.E. (1980). *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. The Free Press, New York.
- Prahalad, C. K., & Hart, S. (2002). The fortune at the bottom of the pyramid. *Strategy and Business*, 26: 2-14.
- Prahalad, C.K. (2004). *The fortune at the bottom of the pyramid: eradicating poverty with profits*. Wharton Business Publishing, Philadelphia
- Prahalad, C.K. (2011). Bottom of the pyramid as a source of breakthrough innovations. *J Prod Innov Manage* 1:6–12
- Prahalad, C.K., Lieberthal, K. (1998). The end of corporate imperialism. *Harv Bus Rev* 4:68–79 (Reprinted in *Harvard Business Review* August 2003)
- Prahalad, C.K., Lieberthal, K. (2003). The end of corporate imperialism. Reprinted in *Harvard Business Review* August 109–117
- Prahalad C.K., Ramaswamy V., (2004), “Co-creation experiences: the next practice in value creation”, *Journal of interactive marketing*, Vol. 18, No. 3.
- Querci, E., & Gazzola, P. (2017). The Opportunity Cost in Health Care: Low Cost High Value. *European Scientific Journal*, ESJ, 13(12).
- Querci, E, Gazzola, P. (2016b). The dynamic capabilities in low-cost high-value companies: the Italian health care, *Strategic International Academic Conference- Fourth Edition- Bucharest*.

- Querci, E., Gazzola, P. (2016a). A New Business Model in Health care Between Public and Private: Low Cost High Value Healthcare. The Wrocław Conference in Finance – WROFIN 2016.
- Querci, E. (2014b). The out of pocket in healthcare: the lower social protections for workers. First International Meeting of Industrial Sociology, Sociology of Work and Organizations (EISIOT) 27-28 November 2014 IPL-Lisbon, Portugal.
- Querci, E. (2014a). The business model for Low Cost High Value in the development of the domestic medical tourism industry Enterprise and the Competitive Environment, 6-7 March 2014 Faculty of Business and Economic, Mendel University in Brno.
- Rago, S. (2012). Italian mutual benefit societies: an organizational social innovation in health and healthcare system. AICCON Ricerca.
- Ramani, S.V., SadreGhazi, A., Gupta, S. (2016). Catalysing innovation for social impact: The role of social enterprises in the Indian sanitation sector, Technol. Forecast. Soc. Change.
- Ramsay, C.R., Eccles, M., Grimshaw, J.M., & Steen, N. (2003). Assessing the Long-term Effect of Educational Reminder Messages on Primary Care Radiology Referrals. Clinical Radiology.
- Rangan, V. K., Quelch, J. A., Herrero, G., & Barton, B. (Eds.). (2007). Business solutions for the global poor: Creating social and economic value. John Wiley & Sons.
- Riessman, C.K. (1993). Narrative Analysis (Qualitative Research Methods). Newbury Park, CA: Sage.
- Riga Health Conference (2015). The Riga Roadmap: Investing in Health and Wellbeing for All. An action plan to create efficient, sustainable, equitable and participatory European health systems that improve patient outcomes.
- Rosenbloom B., Dupuis M., (1994). "Low Price, Low Cost, High Service: A New Paradigm for Global Retailing?", The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research, Vol. 4, No. 2.
- Roy, M.J., Baker, R., Kerr, S. (2017a). Conceptualising the public health role of actors operating outside of formal health systems: the case of social enterprise Soc. Sci. Med., pp. 144-152
- Roy, M.J., Lysaght, R., Krupa, T. M. (2017b). Action on the social determinants of health through social enterprise. Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can, 189, pp. E440-E441.

- Roy, M. J., O'Connor, C. H., McHugh, N., Biosca, O., & Donaldson, C. (2015). The new merger: Combining third sector and market-based approaches to tackling inequalities. *Social Business*, 5(1), 47-60.
- Roy M. J., Donaldson C., Baker R., Kerr S. (2014a). The potential of social enterprise to enhance health and well-being: A model and systematic review. *Social Science & Medicine*, 123, 182–193.
- Roy M. J., McHugh N., Hill O'Connor C. (2014b). Social innovation: worklessness, welfare and well-being. *Social Policy and Society*, 13, 457–467.
- Roy M. J., Donaldson C., Baker R., Kay A. (2013). Social enterprise: New pathways to health and well-being. *Journal of Public Health Policy*, 34, 55–68.
- Salamon, L. M. (1993). The marketization of welfare: Changing nonprofit and for-profit roles in the American welfare state. *Social service review*, 67(1), 16-39.
- Sánchez P, Ricart E (2010). Business model innovation and sources of value creation in lowincome markets. *Eur Manag Rev* 7:138–154
- Scambler, G. (2007). Social structure and the production, reproduction and durability of health inequalities. *Social Theory & Health*, 5(4), 297-315.
- Schumpeter, J.A. (1934). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- Schumpeter, J.A. (1939). *Business Cycles: A Theoretical and Statistical Analysis of the Capitalist Process*. McGraw-Hill: New York.
- Schumpeter, J.A. (1942). *Capitalism, Socialism, and Democracy*. Harper: New York
- Scott, B.C., & Eminger, T.L. (2016). Bundled Payments: Value-Based Care Implications for Providers, Payers, and Patients. *American Health & Drug Benefits*, 9(9), 493–496.
- Shafer, S.M., Smith H.J., & Linder J.C. (2005). The power of business models. *Business Horizons*, 48 199-207.
- Shah, J., & Murty, L. S. (2004). Compassionate, High Quality Health Care at Low Cost: The Aravind Model-In Conversation with Dr G Venkataswamy and RD Thulasiraj. *IIMB Management Review*, 16(3), 31-43.
- Shanks, G., Parr, A. (2003). Positivist, single case study research in information systems: A critical analysis. *Proceedings of the European Conference on Information Systems Naples*.
- Shapiro, C, & Varian, H.R. (1999). *Information Rules: A Strategic Guide to the Network Economy*. Harvard Business School Press: Boston, MA.

- Sharan, A.D., Schroeder, G, Millhouse, P.W., et al. (2015). The role of value chain analysis in health care. *J Spinal Disord Tech.*; 28:291–293.
- Shaw, E., Carter, S. (2007). Social entrepreneurship: Theoretical antecedents and empirical analysis of entrepreneurial processes and outcomes, *Journal of Small Business and Enterprise Development*, Vol. 14 Issue: 3, pp.418-434.
- Siggelkow, N. (2007). Persuasion with case studies. *The Academy of Management Journal*, 50(1), 20-24.
- Simanis, E., Hart, S., & Duke, D. 2008. The base of the pyramid protocol: Beyond “basic needs” business strategies. *Innovations*, 3(1): 57-84.
- Sinaiko A, Rosenthal M. (2011). Increase price transparency in health care—challenges and potential effects. *N Engl J Med*; (10):891– 4
- SNV and World Business Council for Sustainable Development (WBCSD) (2008) Inclusive business: profitable business for successful development. Retrived from: <http://www.wbcsd.org/Pages/EDocument/EDocumentDetails.aspx?ID=13709&NoSearchContextKey=true>.
- Solar, O., Irwin, A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*.
- Spear, R., & Bidet, E. (2005). Social enterprise for work integration in 12 European countries: a descriptive analysis. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 76(2), 195-231.
- Srivastava, S. C., & Shainesh, G. (2015). Bridging the service divide through digitally enabled service innovations: Evidence from Indian healthcare service providers. *MIS Quarterly*, 39(1), 245–267.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stake, R.E. (2005). Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Surry, D.W. (1997). Diffusion theory and instructional technology. In: *Proceedings of the annual conference of the association for educational communications and technology* (University of Southern Mississippi): Albuquerque, New Mexico, February: 12–15

- Teasdale, S. (2010). How can social enterprise address disadvantage? Evidence from an inner city community. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 22(2), 89-107.
- Teasdale, S. (2012). Negotiating tensions: how do social enterprises in the homelessness field balance social and commercial considerations?. *Housing Studies*, 27(4), 514-532.
- Tedmanson, D., & Guerin, P. (2011). Enterprising social wellbeing: social entrepreneurial and strengths based approaches to mental health and wellbeing in “remote” Indigenous community contexts. *Australasian Psychiatry*, 19(1_suppl), S30-S33.
- Thomas, A. (2004). The rise of Social Cooperatives in Italy. *Voluntas: International*
- Teece, D. (2010). Business models, business strategy and innovation. *Long Range Planning*, 43(2-3): 172-194.
Journal of Voulontary and Nonprofit Organisations. Vol 15 No 3
 Semptember 2004
- Thompson J, Doherty B (2006) The diverse world of social enterprise: a collection of social enterprise stories. *Int J Soc Econ* 33(5/6):361–375.
- Towse, A., & Barnsley, P. (2013). Approaches to identifying, measuring, and aggregating elements of value. *Int J Technol Assess Health Care*;29:360- 4
- United Nations Development Programme (UNDP), European Research Network (EMES), (2008), Social enterprise: a new model for poverty reduction and employment generation. Retrived from:
<http://europeandcis.undp.org/ourwork/poverty/show/02F5569C-F203-1EE9-BD529F7FE21C9320>
- Venturi, P., & Zandonai, F. (2014). *Impresa Sociale in Italia: identità di sviluppo in un quadro di riforma*. IRIS Network.
- Vidal, I. (2005). Social enterprise and social inclusion: Social enterprises in the sphere of work integration. *Intl Journal of Public Administration*, 28(9-10), 807-825.
- Vivancos M., (2009), “Low cost, high return: what makes a Low Cost business work?”, *EFMD Global Focus*, Vol. 3, No. 3.
- Weberg, D. (2009). Innovation in healthcare: a concept analysis. *Nursing Administration Quarterly*, 33(3), 227-237.
- Webster, L., & Mertowa, P. (2007). *Using narrative inquiry as a research method: an introduction to using critical event narrative analysis research on learning and teaching*. Oxon: Routledge.

- Westall, A. (2007). How can innovation in social enterprise be understood, encouraged and enabled?
http://www.cabinetoffice.gov.uk/upload/assets/www.cabinetoffice.gov.uk/third_sector/innovation_social_enterprise.pdf. Accessed 16 May 2012
- White, C. (2004). *Strategic Management*. Palgrave: Macmillan, pg. 277.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. *ill;- Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press: 309-322
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2)
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
- Williams, D. R., Costa, M. V., Odunlami, A. O., & Mohammed, S. A. (2008). Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 14(Suppl), S8.
- Wilson, M. G., Lavis, J. N., & Guta, A. G. (2012). Community-based organizations in the health sector: A scoping review. *Health Research Policy System*, 36, 10.
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (2013). Rethinking the politics and implementation of health in all policies. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 17.
- World Health Organization (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research: design and methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). Los Angeles: Sage.
- Yin, R.K. (1999). Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Serv Res*, 34:1209-1224.

- Yunus, M. (2007). *Creating a world without poverty: Social business and the future of capitalism*. Public Affairs.
- Yunus M (2008) *A world without poverty: social business and the future of capitalism*. Public Affairs, New York Yunus M (2010) *Building social business*. Public Affairs, New
- Yunus, M., Moingeon, B., & Lehmann-Ortega, L. (2010). Building Social Business Models: Lessons from the Grameen Experience. *Long Range Planning*, 43: 308-325.
- Zahra, S. A., Gedajlovic, E., Neubaum, D. O., & Shulman, J. M. (2009). A typology of social entrepreneurs: Motives, search processes and ethical challenges. *Journal of business venturing*, 24(5), 519-532.
- Zollo L., Rialti R., Ciappei C., Pellegrini M.M. (2016), Factors Stimulating Social Innovation in Entrepreneurship: An Empirical Evidence of Inter-Organizational Alliances in Italy. *International Journal of Business and Management*, 11(5), 12.
- Zott, C., & Amit, R. (2007). Business model design and the performance of entrepreneurial firms. *Organization Science*, 18 181-199.
- Zott, C., & Amit, R. (2008). The fit between product market strategy and business model: Implications for firm performance. *Strategic Management Journal*, 29(1): 1-26.
- Zott, C., Amit, R., & Massa, A. (2015). The business model: theoretical roots, recent developments, and future research. Working Paper WP-862. IESE Business School, University of Navarra. June 2010. Available at: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0862-E.pdf>. Accessed January 15.
- Zhao W. e Zheng Y. (2000), «Optimal dynamic pricing for perishable assets with non homogeneous demand», *Management Science*, 46(3), pp. 375-388.

Appendice A

Protocollo per l'intervista ai CEO delle organizzazioni low cost

I PARTE – Introduzione e caratteristiche generali

La ringrazio del tempo che vorrà dedicare a questo progetto di ricerca il cui obiettivo principale è analizzare la componente sociale del modello low cost utilizzato dalle imprese sociali come nuovi modelli organizzativi, nel settore della sanità in Italia, in grado di rispondere alla domanda di salute. Per il progetto è molto importante poter entrare in contatto con la realtà della Sua organizzazione.

1. Nome dell'ente:

2. Anno di avvio:

3. Forma giuridica/ragione sociale:

4. Dimensione:

N. centri	
N. ambulatori	
N. specialità	

5. Ambito territoriale:

Quartiere di grande area urbana	
Grande area urbana	
Regione	
Nazione	
Piccola media città	
Area sub regionale	
Territorio interregionale	
Macroarea geografica	

6. Aree specialistiche di intervento:

Ambulatoriale polispecialistica	
Diagnostica	
Odontoiatria	
Prelievi	
Terapie fisiche	
Psicologia e psicoterapia	
Medicina del lavoro	
Medicina dello sport	

7. Fase del ciclo di vita:

Business idea	
Start up	
In espansione	
In consolidamento	

8. Governance/N. dei soci

Persone fisiche	
Organizzazioni	

II PARTE – Fase di start up dell’iniziativa

9. Qual è stata la motivazione di avvio dell’iniziativa?

10. Perché l’ambito di intervento della sanità leggera?

11. Quali sono i destinatari dei vostri servizi?

III PARTE – Attori coinvolti e rete di partenariato

12. Quale rete dei partner ha costruito l’iniziativa? Esistono partner sostenitori?

13. Quali altri attori sono coinvolti?

Grande gruppo internazionale	
Imprese media/grande	
Piccola impresa	
Pubblica amministrazione centrale	
Ente/istituzione pubblica locale	
Ente/istituzione pubblica centrale	
Università/centri di ricerca	
Persone fisiche	
Fondazione bancaria	
Fondazione di comunità	
Associazione di volontariato	
Cooperativa	
Altri enti non profit	

14. Quali convenzioni sono attivate?

Compagnie assicurative	
Fondi ed enti mutualistici	
Imprese per welfare aziendale	
SSN	
Enti locali	
Associazioni	
Altri enti del terzo settore	

IV PARTE – Modello di business e politiche di pricing

14. Chi sono i vostri concorrenti? Perché un cittadino dovrebbe scegliere un centro low cost rispetto ad un centro privato accreditato?

15. Quale relazione con i fornitori?

16. Quali sono le modalità di finanziamento?

17. Quale modello rispetto alla distribuzione degli utili?

18. Come si costruisce il prezzo delle prestazioni offerte? Quali criteri? Ci sono elementi che vengono sacrificati per ridurre i costi? Esempio su una prestazione: prezzo, ricavo, % medico, %utile

19. Qual è il processo di reclutamento del personale medico? Quali professionalità coinvolte (medici, infermieri, etc.)? Quali tipologie contrattuali per lo staff medico?

20. Altre professionalità sono coinvolte?

V PARTE – Impatto e ostacoli dell'iniziativa

21. Qual è l'impatto della vostra innovazione? Quali vantaggi porta ai target di riferimento?

22. Quanto e come sono utilizzate le nuove tecnologie a supporto dell'iniziativa?

23. Quali sono gli elementi di innovatività dell'iniziativa?

Diffusione di prodotti/servizi a categorie di utenti prima esclusi dalla loro fruizione	
Attivazione di nuove relazioni tra soggetti coinvolti nella realizzazione dell'attività (collab. orizzontale) – rapporto con i fornitori (...)	
Attivazione di nuove relazioni tra produttore e utilizzatore (collab. verticale) (trasparenze, recensioni, gestione reclami, profili professionali accessibili)	
Condivisione del valore economico creato tra molti attori	

Strutturale miglioramento di determinate condizioni ambientali o sociali, in precedenza irrisolte	
Innovazione del modello di business/modello produttivo dei soggetti coinvolti	
Altro	

23. Quali ostacoli allo sviluppo dell'iniziativa (normativi/comportamento degli attori pubblici/etc.)?

Scarsa attenzione del pubblico beneficiario	
Ostacoli derivanti da normative/comportamenti dei soggetti pubblici	
Non adeguato apporto da soggetti privati rilevanti	
Difficoltà a raggiungere adeguata visibilità verso il pubblico	
Modestia intrinseca dei risultati materiali raggiungibili	
Scarso controllo sulle modalità di implementazione	
Debolezza nella struttura organizzativa	
Modeste competenze dei soggetti attuatori	
Difficoltà nel reperire le necessarie risorse finanziarie	
Difficoltà nel dimostrare la rilevanza dell'impatto	
Altro	

24. Come vengono misurati i risultati raggiunti? Con quali strumenti? Esiste un report annuale?

25. Si valuta un'ipotesi di ampliamento che replichi l'iniziativa in altri contesti di riferimento?

26. Quale diffusione avrà questo modello nello scenario della sanità italiana? Perché meno diffuso al Sud?

VI PARTE – Commenti finali e ringraziamenti

La ringrazio nuovamente del tempo che mi ha dedicato. Se c'è altro che vorrebbe dire a riguardo La invito a farlo nella massima libertà.

Informativa sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Grazie per aver scelto di aderire. Le Sue risposte avranno il solo scopo di contribuire ad una ricerca universitaria sul modello low cost nel settore sanitario italiano. I dati personali da Lei conferiti saranno trattati nell'assoluto rispetto delle disposizioni contenute nel D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (c.d. codice in materia di protezione di dati personali). I Suoi dati personali saranno raccolti e conservati in forma cartacea e informativa non accessibile a terzi.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione del Dottorato desidero ringraziare tutti coloro che in questi tre anni mi hanno sostenuto e accompagnato, con i loro consigli e il loro affetto, e hanno contribuito in vari modi alla stesura di questo lavoro.

Il primo sentito ringraziamento va al tutor, Prof. Paolo Canonico, per avermi dato la possibilità di approfondire un ramo degli studi organizzativi, per il contributo fondamentale di tutte le occasioni di dialogo e di scambio sulla materia e sull'oggetto della mia ricerca, per aver potuto apprendere da lui il rigore metodologico e la sete di conoscenza.

Un sentito grazie anche alla Prof.ssa Montagnani, coordinatrice del Dottorato, per le tante occasioni di confronto interdisciplinare e per la preziosa cordialità della nostra relazione.

Ringrazio di tutto cuore, da un punto di vista scientifico e personale, il Prof. Stefano Consiglio, con il quale l'avventura professionale è iniziata oltre otto anni fa, anni in cui ho avuto modo di poter apprezzare una persona speciale e uno studioso appassionato. Grazie per il suo ruolo di guida e per il tempo e il supporto che mi ha dato. Tantissimi sono stati i progetti che insieme a lui ho visto nascere e crescere, tantissimi sono stati i confronti scientifici e gli insegnamenti di lavoro e di vita. Lo ringrazio perché in questi lunghi anni, nei momenti più faticosi, è stato sempre il mio "bicchiere mezzo pieno".

Un grazie speciale e di cuore alla collega e amica, Prof.ssa Mariavittoria Cicellin. Senza di lei non avrei superato tanti ostacoli che in questi anni ho trovato sul mio cammino. La ringrazio per tutto il supporto che mi ha dato e perché il suo amore per la ricerca mi ha fatto appassionare ancora di più agli studi organizzativi. Non posso non ringraziarla per tutto il sostegno emotivo, per la condivisione delle ansie, per gli sguardi di intesa, per tutto il bene, l'allegria e la leggerezza che ha portato nella mia vita. Per la fiducia reciproca "costruttrice di fiducia".

Un grazie di cuore va al Prof. Mercurio, per i suoi saggi insegnamenti; a Isabella e Andrea per la quotidiana compagnia e un grazie sincero a tutti i colleghi che si occupano di organizzazione dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, della Seconda Università di Napoli, dell'Università degli Studi di Napoli Parthenope,

dell'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro, dell'Università del Sannio, dell'Università di Salerno e dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli che hanno arricchito questi tre anni di stimolanti e continui confronti.

Infine, con infinito rendimento di grazie, il mio pensiero va a mio marito Antonio per quanto in questi tre anni abbiamo vissuto e scoperto insieme e per il dono di essere diventati genitori di Benedetta. A loro dedico questa tesi, gli sarò sempre grata per la sua capacità di starmi vicino in ogni momento. Ringrazio Dio per lui, mio compagno di cordata per sempre, perché vivere insieme il sentiero della vita è la nostra "promessa di felicità".

Un sentito grazie ai miei genitori per esserci sempre, a tutta la mia splendida famiglia, al dono prezioso di Elisa, ai fratelli monaci per aver portato insieme i pesi, e ai fratelli che hanno condiviso con me questo pezzo di vita e mi hanno sostenuta e incoraggiata.

Una persona molto speciale mi ricorda sempre che "il vero ricercatore non è colui che sa, ma è colui che sa dove cercare" (cit.). Il frutto certo di questi anni è essermi scoperta una "cercatrice" di senso, di bellezza, di conoscenza, di felicità, di pienezza, di libertà, di domande, di verità, di vita; e di sapere, con chiarezza, dove cercare.